

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

L.-J. DAUTHEUIL

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

APPENDICITE CHRONIQUE

ET

Hernie inguinale chez l'enfant

Président : M. RECLUS, professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE LE FRANÇOIS

9 et 10, rue Casimir-Delavigne

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DR LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENOORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTIERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES D'EXTERNAT

MM. MAUCLAIRE, REYNIER
JALAGUIER, TISSIER

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. CHEVASSU, DESMAREST, LAUNOIS
HAYEM, RÉNON, CHAUFFARD, CHIFOLIAU

A MONSIEUR LE DOCTEUR JALAGUIER

Professeur agrégé

*Dans le service duquel nous
avons pris nos observations,
toutes inédites.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR VEAU

Chirurgien des Hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR RECLUS

Professeur de clinique chirurgicale

à la Faculté de Médecine

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

APPENDICITE CHRONIQUE

ET

HERNIE INGUINALE CHEZ L'ENFANT

INTRODUCTION

Après avoir suivi pendant plus d'un an, comme externe, le service de chirurgie de l'hôpital des Enfants-Assistés, sur les conseils de M. Veau, nous étudions ici l'appendicite chronique et la hernie inguinale chez l'enfant.

Notre rôle s'est borné à recueillir soigneusement 53 observations. Nous en avons tiré quelques brèves conclusions qui résument les idées que nos maîtres, MM. Jalaguier et Veau se font de la question.

On sera peut-être surpris de l'importance prépondérante que nous donnons aux faits cliniques.

Dans ce travail, le texte proprement dit se réduit à quelques pages. A ceux qui en seront étonnés, nous répondrons que c'est par des faits que la science se bâtit, que ces faits comportent par eux-mêmes leur enseignement et qu'il suffit de quelques lignes pour en tirer une conclusion.

Nous aurions pu, comme tous nos devanciers, reproduire les traités classiques sur l'anatomie de

l'appendice ou les symptômes de la hernie. Nous aurions même pu copier les thèses qui nous ont précédé sur la question. En réalité, après les avoir lues, nous nous sommes vite aperçu qu'elles ne pouvaient rien nous apprendre, se basant sur un nombre de faits beaucoup moins considérable que les nôtres ; et quoique nous les ayons étudiées minutieusement, nous n'avons souvent pu en tirer, pour notre travail, qu'une simple indication bibliographique.

Toutes les conclusions que nous donnons ont été revues par notre excellent maître, M. Veau, et il nous permet de dire que ce que nous avançons est le reflet de sa pensée.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

SUR LA CONCOMITANCE DE L'APPENDICITE CHRONIQUE
ET DE LA HERNIE INGUINALE

Ce chapitre contient les observations de malades qui avaient une hernie inguinale banale et des symptômes appendiculaires. Nous en tirerons quelques brèves conclusions cliniques.

OBSERVATION I

Hernie inguinale droite. — Appendicite chronique

Berthe C..., dix-huit ans. La malade entre le 13 juillet 1909 à l'hôpital des Enfants-Assistés, pour douleurs dans le ventre, qui l'ont prise brusquement, il y a exactement huit jours, avec vomissements.

Elle a eu, dit-elle, une crise d'appendicite, qui l'avait forcée de s'aliter, il y a deux ans. Depuis, elle a fait des crises plus ou moins espacées, la forçant de s'aliter chaque fois.

On réveille en la palpant des douleurs au niveau du point de Mac Burney et de la défense de la paroi. Constipation.

La malade porte un bandage inguinal droit depuis un an. Quand elle quitte son bandage, la hernie sort.

De plus son anneau inguinal gauche semble très dilaté.

Opération le 20 juillet (M. Jalaguiet).

1^o *Appendicite*. — Incision de la gaine.

Appendicectomie sans incidents.

2^o *Hernie*. — Incision ordinaire de la hernie.

Fermeture du sac et résection.

Trois points sur le plan de Bassini.

Quatre points sur l'aponévrose superficielle.

OBSERVATION II

Hernie inguinale droite et appendicite méconnue

Lucien L..., dix ans. La mère l'amène à l'hôpital pour le faire opérer de hernie inguinale droite.

C'est une famille de hernieux et lui-même naît avec une hernie ombilicale et une hernie inguinale droite qui disparaissent vers l'âge de un an. Mais au bout de trois mois, la hernie inguinale réapparaît.

Souvent, l'enfant s'est plaint de douleurs du côté droit. On le couchait, on réduisait sa hernie, pensant qu'elle occasionnait ces douleurs. La hernie réapparaissait d'ailleurs à chaque mouvement brusque, à chaque effort de l'enfant.

On l'examine à l'hôpital, et on constate une tuméfaction dans l'aîne du côté droit, qui s'accroissait à la toux et une impulsion au doigt placé dans le canal inguinal.

Il présentait de la défense du côté droit, assez marquée, et

comme il fait un peu de fièvre, on lui met de la glace sur le ventre. Après une diète d'une vingtaine de jours, on l'opère.

Opération le 12 novembre 1909 (M. Veau) :

1° *Appendicite*. — Technique habituelle. Incision de la gaine. Pour l'appendice, rien à signaler.

2° *Hernie inguinale droite*. — Pour la hernie, sac volumineux, renfermant une bande épiploïque attachée sur le pôle supérieur du testicule. On sectionne cette adhérence, mais le sac est presque complètement oblitéré par un diaphragme en croissant. Ayant trouvé le trajet avec une sonde, on cherche à rentrer l'épiploon. Mais il ne rentre pas. Un second diaphragme, oblitérant le sac, existe en arrière du premier. On sectionne les diaphragmes, et l'épiploon rentre. Mais au moment de lier le sac, on a de la peine à le dégager du cordon qui s'enroule autour du sac lui faisant une véritable collerette.

Ligature du sac. Bassini. Suture de la paroi.

Sorti le 28 novembre 1909 guéri.

Revu le 10 janvier 1914. Pas trace de récurrence de hernie.

L'état général est excellent.

OBSERVATION III

Hernie du cæcum et de l'appendice

Lucien G..., trois ans, est envoyé de l'agence d'Ecommoy (Sarthe) par le médecin des Enfants-Assistés, pour être opéré de hernie inguinale droite. On voit une grosse tumeur scrotale droite.

Les deux testicules sont présents et situés au bas de la tumeur.

Elle n'est pas transparente, et elle se réduit avec gargouillement.

En l'examinant plus à fond, on constate à la palpation une mollesse pâteuse qui fait penser à la hernie du cæcum, vu la grosseur du tube intestinal qui y semble inclus. Mais, de plus, à la face interne de la tumeur, l'on sent un cordon arrondi de la grosseur d'un manche de porte-plume qui est facilement saisi entre les doigts, et ce cordon se termine en bas par une extrémité lisse, arrondie, très nette à sentir. Evidemment, il s'agit de l'appendice.

Opération le 16 novembre 1910. (M. Veau) :

L'opération avait été retardée par une fièvre persistante, mais peu élevée. Incision de la hernie. La libération du sac se fait très facilement; il n'était pas adhérent. Le sac descend jusqu'au testicule. Il est disséqué comme à l'ordinaire. Il est coupé au-dessus de la vaginale. On a un tube séreux qui est le canal vagino-péritonéal ouvert en bas. Quatre pinces en écartent l'orifice. Par l'anneau inguinal profond, réduit au diamètre de l'extrémité de l'index, j'entre une pince mousse et j'amène le cæcum.

L'appendice vient aussitôt. Il est très congestionné, très épais et long. Ablation comme à l'ordinaire. Les ganglions du méso sont très hypertrophiés et il y avait de l'ascite.

La suture des plans profonds (de Bassini) est faite par quatre points.

L'aponévrose antérieure n'était pas résistante.

26 février 1914. — Une lettre du Dr Estrabaud d'Ecommoy nous avertit que « l'enfant est en excellente santé. Les suites de son opération ont été normales. La cicatrice est régulière et non douloureuse; ses fonctions digestives s'accomplissent normalement. L'enfant s'est notablement développé. »

OBSERVATION IV

Hernie inguinale droite et appendicite méconnue

Raymond B..., six ans et demi. Le père amène l'enfant à l'hôpital pour le faire opérer de hernie inguinale droite.

En l'interrogeant, on apprend que l'enfant, fort et bien constitué, n'a pas eu de douleurs abdominales jusqu'à l'âge de six ans. Les selles étaient régulières. Il y a quelque temps, survient une crise douloureuse abdominale, avec vomissements. Le médecin appelé, diagnostique une indigestion et constate une hernie inguinale droite.

Le père amène l'enfant aux Enfants-Assistés. M. Jalaguier et M. Veau sont d'avis qu'il s'agit d'une crise appendiculaire. Ils conseillent de mettre l'enfant au repos complet avec peu de nourriture.

Au bout de huit jours, le père ramène l'enfant pour qu'il soit opéré à froid. Il a encore un peu de défense du côté droit.

Opération le 16 mars 1911 (M. Veau) :

Incision ordinaire de la hernie, mais un peu haute. Quand l'aponévrose a été réséquée, je voyais nettement l'orifice et ses piliers : mon incision remontait à 4 centimètres au-dessus. En réalité, j'aurais pu me passer des 2 centimètres supérieurs. L'aponévrose du grand oblique est très bonne, elle est coupée et repérée sur les compresses. Au-dessous, apparaissent les muscles petit oblique et transverse, très forts. Je n'ai pas de peine à trouver un sac normal qui ne descendait pas jusqu'au testicule. Je le dissequerai facilement jusqu'à l'orifice profond et je vois nettement les vaisseaux épigastriques. Le sac lui-même est mince et filiforme. Il semblait que je ne pourrais jamais trouver un orifice suffisant

pour entrer dans le ventre. J'ouvre sans difficulté entre deux pinces, j'écarte les lèvres et mon doigt pénètre sans peine dans l'abdomen. Dans la fosse iliaque, je sens quelque chose qui pourrait être l'appendice, mais l'épiploon qui sort me gêne pendant quelques secondes. Une auge grêle fait hernie, mais est rentrée facilement. Me guidant sur mon doigt, je fais pénétrer une pince de Chaput qui saisit l'appendice du premier coup. Ligature de l'appendice et de son méso, comme à l'ordinaire.

Enfouissement du moignon comme d'habitude.

L'enfouissement du méso ne fut pas aussi classique, car il tirait un peu ; mais je l'enfouis néanmoins en passant deux fois le fil dans la séreuse adjacente. Le tout rentre très facilement.

Comme le sac avait été disséqué avant d'être ouvert, quand tout a été rentré, les parois du sac, accolées, se présentaient comme dans une hernie commune. Ligature à la base du sac avec un fil qui passe au milieu. Quand cette ligature est coupée, elle est attirée du côté de l'abdomen et se place d'elle-même au-dessous de la masse du petit oblique et du transverse très forts.

Trois points à la Bassini, absolument comme dans la hernie classique. Cinq points sur l'aponévrose du grand oblique tout comme à l'ordinaire.

En somme, l'opération a été une hernie au commencement et à la fin, une appendicite au milieu.

Sorti le 1^{er} avril guéri.

Depuis son opération, quand je le revois au mois de février 1914, il s'est très bien porté, mais a conservé toujours une ceinture de flanelle. Le 29 décembre 1913 cependant, il a quelques douleurs d'estomac ; il vomit le 4 janvier 1914, il a de la fièvre et de la diarrhée. Le médecin ordonne du citrate de soude, de la pepsine et tout rentre dans l'ordre.

La cicatrice est en très bon état. Elle est longue de 6 centimètres, un peu au-dessus du pli inguinal droit.

OBSERVATION V

Marcel C..., dix ans. La mère l'amène à l'hôpital pour le faire opérer de hernie et d'appendicite.

Il a été opéré par M. Jalaguier de hernie inguinale gauche à quatre mois.

En septembre 1910, à son lever, l'enfant est pris de vomissements bilieux, de douleurs dans la fosse iliaque droite. Le médecin, appelé, diagnostique une appendicite, bien qu'il n'y ait jamais eu de constipation.

Il avait habituellement une douleur à droite quand il faisait des exercices physiques.

1^{er} avril 1911. — La mère constate une hernie à droite et elle l'amène à l'hôpital.

Quand on l'examine, on constate dans le canal inguinal droit une hernie facilement réductible occupant tout le canal jusqu'à l'orifice externe. Il a de la défense de sa fosse iliaque droite.

Son teint est pâle, la langue est saburrale, il a de la constipation.

Opération le 7 avril 1911 (M. Veau) : Incision de hernie un peu haute. La dissection du sac fut facile. On a vu les vaisseaux épigastriques. Il y avait en dehors une petite plaque blindée, cartilagineuse qui répondait au collet de la hernie. Le sac, très mince, descend jusqu'à la naissance des bourses. Il est disséqué sans difficulté. Quand on arrive près du collet, l'orifice est circonscrit par quatre pincés, et j'entre mon doigt tout juste; Je

sens, sans aucune difficulté, un cordon qui ne peut être que l'appendice et je l'amène au dehors sans trop de peine, mais il était adhérent à l'épiploon, tout à fait au niveau de sa pointe. Ces adhérences ont été coupées en aval d'une ligature. L'appendice est libre dans le reste de son étendue. Il est très épais, dur et court. Le méso est œdémateux. Les ligatures de l'appendice et du méso s'effectuent sans difficulté et l'enfouissement du méso a été plus facile que dans les autres hernies-appendices.

Le tout est rentré sans incident.

L'orifice du sac est fermé comme à l'ordinaire. J'y ai vu la vessie. Sur le plan profond, qui est très fort, quatre points sont bien posés sans incident. Cinq points sur l'aponévrose superficielle, qui est résistante.

Sorti le 20 avril 1914, guéri.

OBSERVATION VI

Maxima A..., quinze ans. Le médecin de l'agence des Enfants-Assistés de Cosne l'envoie pour qu'il soit opéré d'appendicite et de hernie inguinale droite.

On constate en effet du côté droit, une grosseur dans l'aîne, qui est réductible et qui augmente par les efforts et la toux.

Dans la fosse iliaque droite, on provoque de la douleur à la palpation, bien qu'il n'ait pas un passé appendiculaire très chargé, et la défense musculaire est très nette.

Opération le 1^{er} août 1914 :

1^o *Appendicite*. — Incision en dehors de la gaine.

L'appendice est très facilement enlevé.

Les lésions sont réduites à quelques traces de folliculite hémorragique.

2° *Hernie inguinale droite*. — Incision ordinaire de la hernie.

Fermeture du sac.

Trois points sur le plan de Bassini.

Quatre points sur l'aponévrose superficielle.

13 mars 1914. — Une lettre du médecin nous dit que « l'enfant est complètement guéri et qu'il ne s'est pas senti de l'affection pour laquelle il a été opéré ».

OBSERVATION VII

Appendicite chronique et hernie inguinale droite

Christian J..., neuf ans. Son père l'a conduit à l'hôpital à cinq ans pour un mal de Pott.

M. Jalaguier s'aperçoit en même temps qu'il a une hernie inguinale droite.

Quand on interroge le père, on apprend que l'enfant a eu de l'entérite, qu'il reste des journées entières sur le vase avec toujours des douleurs abdominales.

Il souffre même pendant la nuit. Le médecin appelé plusieurs fois, a trouvé un ventre dur, tendu. Il a une diarrhée persistante.

Après la constatation de son mal de Pott, il est resté dix-huit mois allongé dans un corset plâtré.

Quand il a commencé à marcher, la hernie est apparue de plus en plus et elle pendait dans les bourses. M. Jalaguier fit le diagnostic d'appendice dans la hernie.

Opération le 7 février 1912. (M. Jalaguier) : Technique habituelle.

Bassini avec, en plus, résection de l'appendice.

Sorti le 22 février 1912.

Revu le 20 février 1914. Il ne souffre plus du ventre, les diarrhées ont diminué. L'appétit est revenu, il a engraisé. Du côté de sa colonne, le mieux persiste. La déviation ne s'accroît pas. Il porte un corset plâtré.

OBSERVATION VIII

Hernie inguinale droite et appendicite méconnue

André M. . . , neuf ans. Vient à l'hôpital, parce que, depuis une quinzaine de jours, il a de vagues douleurs abdominales.

On apprend qu'à deux ans il a eu une hernie inguinale droite qui a rétrogradé par bandage.

En général, il n'est pas constipé, il a bon appétit et il n'a jamais eu de vers intestinaux ni d'entérite.

Depuis quinze jours, il ressent des douleurs dans le ventre, plus particulièrement à droite, et depuis huit jours, il a des nausées, même la nuit.

Il a eu quelques vomissements bilieux.

A l'examen, défense de la fosse iliaque droite. Les selles sont normales ; l'enfant est un peu fiévreux :

Opération le 28 février 1912. (M. Jalaguier):

1° *Appendicite* classique, non adhérente.

2° *Hernie*. Deuxième incision à 9 centimètres au-dessous de la précédente. On trouve un vieux sac cloisonné et inhabité.

Suture en un seul plan antérieur.

Sorti le 16 mars 1912.

Il n'a pas été revu depuis.

OBSERVATION IX

Hernie inguinale droite et appendicite chronique

Marcel B. ., deux ans. L'enfant est envoyé de l'Agence de Saint-Amand (Cher) par le médecin des Enfants-Assistés, avec le diagnostic de hernie inguinale droite et d'appendicite.

On voit, en effet, une volumineuse hernie grosse comme une petite pomme qui remplit tout le canal inguinal. Elle est réductible, mais l'enfant crie quand on la réduit.

Il y a une défense très nette du côté droit, mais pas de constipation, ni de vomissements.

Opération le 27 mars 1912 (M. Veau) :

Hernie très volumineuse. Dissection facile du sac qui ne descend pas jusqu'au testicule et qui renferme un épaississement, dur comme du cartilage, gros comme une fève, qui pourrait bien être un noyau bacillaire en voie de guérison. Quand le sac a été bien isolé, à travers un trou, le doigt pénètre dans le collet largement béant et va dans la fosse iliaque à la recherche de l'appendice.

Je sens l'artère iliaque externe très dure et qui bat fort. Sans aucune peine j'amène l'appendice, turgescant, rouge, roulé sur lui-même et en le coupant, il sort une saleté puriforme. Le moignon est enfoui comme à l'ordinaire ainsi que le méso. Aucune difficulté de technique. Ligature du sac sans incident. Trois points sur le plan de Bassini.

État de l'appendice. — L'appendice renferme une masse puriforme sanguinolente. La paroi en est très épaisse avec un piqueté ecchymotique qui aurait pu faire penser aux oxyures.

OBSERVATION X

Hernie inguinale double et appendicite méconnue

Raymond M., quatre ans. La mère amène l'enfant à l'hôpital pour le faire opérer de hernie inguinale double.

A l'âge de sept mois, l'enfant fut conduit à l'hôpital Trousseau où l'on avait fait le diagnostic de hernie congénitale double. On lui fait porter un bandage double en caoutchouc rouge, et on lui conseille de le ramener à l'âge de deux ans pour le faire opérer.

Par la suite, l'enfant se plaignait souvent du bas-ventre, mais la mère n'a pas remarqué si les douleurs étaient plus localisées à droite qu'à gauche. Il n'a jamais vomit, n'a pas eu de vers dans les selles, mais il a été constipé jusqu'à l'âge de un an.

Sur le conseil d'une voisine, au lieu de le ramener à Trousseau, elle amène son enfant aux Enfants-Assistés, pour qu'il soit opéré.

On examine soigneusement l'enfant, on trouve de la défense du côté droit et l'on annonce à la mère, deux jours après l'entrée de son enfant à l'hôpital, que celui-ci avait l'appendicite.

Opération le 5 avril 1912 (M. Veau) :

1^o Hernie inguinale droite. Ablation de l'appendice.

Incision ordinaire de la hernie. Après ouverture du canal, le cordon apparaît vite. Il est manifeste qu'il n'y a pas de sac accompagnant le deferent. En tirant bien sur le cordon, on fait une évagination péritonéale, extrêmement mince. Avec beaucoup de peine, j'arrive à l'ouvrir. Je n'ai amené le cæcum qu'après l'avoir senti par le doigt. L'appendice récroquevillé en tire-bouchon est lié facilement. L'enfouissement du moignon est fait comme à l'ordinaire.

Fermeture du péritoine par un point en surjet prenant en bourse.

C'est alors qu'on s'aperçoit que le cordon qui était peu épais, est rompu dans sa totalité. Les deux segments sont laissés au contact sans suture.

Fermeture des plans profonds et du plan superficiel en avant du cordon.

2° *Hernie inguinale gauche*. De ce côté, il n'y a pas de sac. Le plan profond est fermé par deux points de catgut.

Sorti le 18 avril 1912.

Revu le 11 février 1914. Il a porté une ceinture abdominale pendant quinze mois. Il est en très bonne santé et ne souffre plus. Il va régulièrement à la selle. La mère trouve que l'opération a beaucoup amélioré son état.

Il n'y a pas de différence entre les deux testicules.

OBSERVATION XI

Yvonne P..., dix ans. Cette enfant nous est envoyée de l'agence d'Ebreuil (Allier) par le médecin des Enfants-Assistés pour être opérée de hernie inguinale droite.

En l'interrogeant, on apprend que c'est depuis peu qu'est apparue sa grosseur dans l'aîne, mais que depuis bien plus longtemps, elle a de vagues douleurs abdominales, plus accentuées du côté droit.

Elle n'a pas eu de vomissements, ni de constipation marquée.

On sent en ce moment une défense musculaire marquée du côté droit.

La hernie est peu volumineuse. C'est une petite tuméfaction dans l'aîne, quand l'enfant est debout.

Opération le 12 septembre 1912 (M. Veau) :

Incision un peu haute. J'isole un sac plus étroit que d'ordinaire. J'ai beaucoup de peine à introduire l'index droit. Cet index tombe sur l'artère iliaque externe. Au-dessus et en dehors, on sent l'intestin et, avec peine, on arrive sur l'appendice, qui se reconnaît de par sa consistance. Il est d'ailleurs tantôt facile à différencier de l'intestin, tantôt confondu avec lui comme s'il avait des périodes de turgescence qui permettent cette différenciation. Je peux enfin l'amener à l'orifice du canal inguinal avec l'épiploon. Je rentre ce dernier, et j'extériorise l'appendice et la pointe du cæcum. Cet appendice est court et très bride par la brièveté du méso. Ce n'est pas le cæcum, mais son méso qui l'empêche de sortir.

Section de ce méso après ligature ; section de l'appendice et enfouissement du moignon comme à l'ordinaire.

Fermeture de la paroi en deux plans.

État de l'appendice. — L'appendice mesure après section 5 centimètres à peine ; il renferme un liquide très muqueux qui sent fortement les matières fécales. La muqueuse, très épaissie, ne présente aucune ecchymose, aucun piqueté hémorragique, mais elle est très épaisse.

OBSERVATION XII

Hernie inguinale double et appendicite méconnue

Gabriel B., quatorze ans. Le médecin des Enfants-Assistés de l'agence de Dompierre (Allier) nous envoie cet enfant pour être opéré de hernie inguinale droite douloureuse.

Il y a deux mois, l'enfant reçoit un coup de corne de taureau et reste couché pendant deux jours avec de la glace sur le ventre. Puis il reprend son travail, sans rien ressentir.

Il y a un mois, à la suite d'un effort — il voulait porter un sac — il ressent une sensation de piqure au pli de l'aîne droit. Le lendemain, il fait quelques kilomètres, mais il est obligé de se coucher, ayant une douleur vive à la marche. Pendant la marche ou la station debout, il constate une grosseur au niveau de son pli de l'aîne. Il la réduit facilement.

Il reste couché pendant quelques jours, et les premiers jours, il a trois ou quatre vomissements avant comme après le repas. Il demeure au lit pendant les crises douloureuses, se lève dès qu'elles sont calmées pour se recoucher ensuite.

En ce moment, il a des douleurs abdominales après les repas, de la céphalée, des bourdonnements d'oreille. L'aj pétit est conservé.

Il a de la défense de tout son côté droit et une douleur plus particulière au point de Mac Burney. On lui fait un enveloppement chaud de l'abdomen.

A droite, il a une hernie inguinale très nette et une pointe de hernie à gauche.

Opération le 23 septembre 1912. (M. Veau) :

1° *A droite.* — Incision de hernie. La fibreuse commune, épaisse, cache un sac très mince s'arrêtant à la partie moyenne du trajet funiculaire. La dissection en est facile. Quand il est ouvert, j'introduis l'index droit et je cherche à sentir l'appendice. Je ne sens ni l'épiploon et un intestin flasque. Malgré des recherches laborieuses, aucun cordon qui ressemble à l'appendice.

L'incision de l'anneau est agrandie en haut ; celle du grand

oblique est prolongée. Le petit oblique et le transverse, très épais, sont remontés avec un écarteur.

L'incision du péritoine est prolongée en grim pant comme pour une hernie étranglée. J'ai ainsi un orifice large par lequel je vois quelque chose. Deux écarteurs sont mis en haut et en dedans. L'épiploon, qui était toujours à la fenêtre, est refoulé avec une compresse. J'ai un orifice de 4 centimètres au moins. J'y vois immédiatement le caecum qui forme le fond de l'orifice. Je reconnais sans difficulté la bandelette, que je suis, et qui m'amène sur l'origine de l'appendice. En réalité, je n'avais pas senti l'appendice, car il était dans la partie interne de la fosse iliaque, à cheval sur le détroit supérieur très bas, et mon doigt n'allait à sa recherche que trop haut vers la partie supérieure de la fosse iliaque.

Le méso est court. Je n'ai pu l'amener et le lier en une seule fois. J'ai fait trois pédicules. La section et l'enfouissement de l'appendice se fait sans incident. J'ai même pu enfouir, peut-être incomplètement, la ligature du méso. L'orifice péritonéal était une fente allongée dans la direction du canal. Les bords sont repérés par les pinces hémostatiques. J'ai tordu ces pinces et j'ai eu un pédicule que j'ai fermé comme une hernie ordinaire.

J'avais un rideau musculaire très épais (bord inférieur du petit oblique et du transverse) qui est venu s'appliquer sur l'orifice. La reconstitution de la paroi s'est faite facilement. Le plan profond a été refait par *quatre points* avec une arcade crurale très résistante et un tendon conjoint musculaire. En réalité, l'orifice profond du canal inguinal a été fortement reporté en dehors. L'aponévrose du grand oblique a été fermée avec six points.

2° A gauche. Le canal est ouvert, mais il n'y a pas de sac. Deux

points sur le plan de Bassini. Quatre points sur le plan superficiel.

État de l'appendice. — Hémorragie abondante vers la partie moyenne. Pointe relativement saine. Paroi peu épaissie.

4 octobre 1912. — Suppuration à droite.

21 février 1914. — Le médecin des Enfants Assistés de Dompierre écrit « qu'il a vu l'enfant, que celui-ci jouit d'une santé excellente, ne se ressentant pas des suites de l'opération.

» Quelquefois, après une longue marche ou une course rapide, il éprouve des points douloureux dans le côté droit, mais jamais à l'occasion du travail. »

OBSERVATION XIII

André B... quatorze ans. Il vient à l'hôpital des Enfants-Assistés pour se faire opérer de hernie double.

En interrogeant la mère, on apprend qu'il a un passé appendiculaire très chargé. Depuis longtemps, il se plaint de douleurs abdominales mal localisées. Il avait des alternatives de constipation et de diarrhée.

Il y a un an, il fait une crise franche d'appendicite : température élevée, vomissements, douleurs dans la fosse iliaque droite, défense musculaire.

Il est soigné à Trousseau, où il reste pendant neuf jours avec de la glace sur le ventre.

Une fois sorti, il suit dès le début un régime alimentaire qu'il néglige ensuite.

Il ne refait pas de crise, mais conserve un état nauséeux, avec céphalée et constipation.

Quand on l'examine, on trouve une légère douleur à la pression et une défense de la paroi assez marquée.

L'histoire des hernies est récente.

La mère a remarqué la première à droite, il y a trois mois. L'enfant porte un bandage. Mais une hernie gauche survient. En ce moment, la hernie droite est petite, tandis que la gauche a la grosseur d'une noix.

C'est une famille de hernieux.

Opération le 4 janvier 1913 (M. Veau) :

1^{re} *À droite* — Le sac est filiforme et s'arrête à la partie moyenne des bourses. Il faut le distendre fortement pour pouvoir y faire pénétrer le doigt. L'index droit introduit dans l'abdomen reconnaît avec peine l'appendice extraordinairement mobile. On peut saisir sa pointe. Il est impossible de l'amener à l'orifice inguinal. J'ai dû agrandir par en haut en faisant soulever la masse du petit oblique et du transverse très développée. J'ai incisé le collet du sac, de proche en proche, comme pour une hernie étranglée. Un écarteur a été placé sur l'orifice péritonéal. On voit alors que l'obstacle à l'abaissement de l'appendice était **dans la brièveté du méso.**

La pointe est venue facilement à l'orifice péritonéal ; mais, quand j'ai tiré dessus, je ne pouvais pas amener le cæcum.

Section première du méso en trois pédicules, qui m'a permis, de proche en proche, d'arriver jusqu'à l'insertion de l'appendice. Il ne fallait pas penser inclure le moignon dans le cæcum qui n'était pas assez procident. J'ai fait une collerette péritonéale au-dessous de laquelle l'appendice a été sectionné au thermocautère. Cette collerette était assez longue pour obturer complètement la section de l'appendice. Je n'ai même pas fait un point de fixation du péritoine sur l'appendice sectionné. Les fils du méso

n'ont pas été enfouis. En résumé, opération laborieuse par brièveté du méso. Si tous les appendices étaient ainsi, on ferait mieux de faire deux incisions.

Le péritoine est refermé comme un sac ordinaire. Quand le fil a été passé à la base du sac, on s'est aperçu qu'il prenait quelque chose de très épais, qui était la vessie. Elle a été relâchée sans difficulté.

Trois points sur le plan de Bassini. Huit sur l'aponévrose du grand oblique.

État de l'appendice. — L'appendice est très long. Il mesure 15 centimètres après la rétraction musculaire. Il renferme des matières mastic à la pointe, verdâtres à la base, et plusieurs poils. Folliculite à la pointe et au milieu. La partie moyenne est blanche et exsangue. Aucun piqueté hémorragique près de la base, et cependant à ce niveau, ecchymose sous-péritonéale intense. Il est probable que cette ecchymose est le fait des traumatismes considérables que j'ai exercés sur l'appendice. Mais cette ecchymose n'a entraîné aucun piqueté sur la muqueuse.

2° *A gauche.* — Petit sac rempli de liquide. Résection facile. Deux points sur le plan de Bassini. Quatre sur le plan superficiel.

Comme je n'avais pas changé de côté, l'incision a été trop interne.

Sorti le 16 janvier 1913.

Il n'a pas été revu depuis.

OBSERVATION XIV

Hernie inguinale droite. — Accidents d'étranglement

Jeanne G..., vingt ans et demi. Le médecin des Enfants-Assistés de l'agence d'Avallon nous l'envoie le 16 janvier 1913, avec le diagnostic de hernie inguinale droite.

Depuis quatre ans, elle a une grosseur dans l'aîne du côté droit. L'attention a été attirée de ce côté par une crise douloureuse, analogue à des coliques.

Depuis cette époque, la grosseur a augmenté progressivement jusqu'à atteindre le volume du poing. Elle est généralement molle et facilement réductible, mais parfois elle grossit brusquement, en même temps qu'elle devient dure, tendue, douloureuse et irréductible, entraînant de la céphalée avec sensation de défaillance et de froid. En somme, c'est une crise d'étranglement ou mieux d'engouement.

A ces moments, toute la partie droite de l'abdomen est dure et douloureuse, même au simple attouchement. Ces symptômes douloureux durent à peu près deux heures, puis cèdent. Toutefois, jamais la malade n'a été examinée pendant une crise et jamais la température n'a été prise.

Parfois, après les repas, sensation de ballonnement du ventre avec tension et contracture de la paroi qui devient douloureuse ; mais ces accidents sont indépendants des crises d'étranglement herniaire.

N'a jamais eu de nausées, ni de vomissements. Pas de constipation, ni diarrhée.

Le port du bandage est impossible parce qu'il entraîne des douleurs lombaires.

Opération le 22 janvier 1913. (M. Veau) :

Incision de hernie ; l'anneau est facilement libéré. Un sac très épais se dissèque sans aucune difficulté. En ouvrant le sac, on le voit cloisonné à la partie moyenne ; et au niveau de cette cloison, une pointe d'épiploon est adhérente. En tirant dessus, on ramène un gros morceau d'épiploon, qui est réséqué.

Le doigt, introduit par l'anneau, reconnaît immédiatement l'appendice, immobile, qui est amené sans difficulté hors du sac. La résection en a été faite absolument comme par l'incision habituelle. L'enfouissement du méso sous le repli se fit sans aucune difficulté, et même la traction était minime.

État de l'appendice. — L'appendice était vascularisé à son extrémité, mais quand on a fait la section au thermocautère, il ne s'est pas écoulé de liquide comme on le voit généralement. La muqueuse est épaisse, tomenteuse ; mais en aucun point il n'y a de folliculite hémorragique. En somme, ce sont les lésions de l'appendicite, moins l'hémorragie.

27 février 1914. — Une lettre de la malade nous apprend que sa plaie est sensible et qu'elle souffre encore du ventre. Son appétit manque, elle mange peu, maigrit et perd ses forces. Elle dit cependant qu'elle n'est pas trop mal.

Le directeur de l'Agence dit qu'il faut faire des réserves sur ses dires.

OBSERVATION XV

André L... six ans. Sa mère le présente à l'hôpital immédiatement après une crise d'appendicite, le 8 janvier 1913.

On apprend que depuis l'âge de quatorze mois, les parents

ont constaté une hernie double chez l'enfant. Il porte un bandage.

Il ne s'est jamais plaint de douleurs abdominales, ses hernies ne le faisaient pas souffrir, cependant il a un passé intestinal defectueux : irrégularité des selles, constipation opiniâtre nécessitant des lavements.

Vers la fin de décembre 1912, pendant une convalescence de rougeole, il fait une crise douloureuse abdominale, avec douleur plus localisée au point de Mac-Burney, vomissements, constipation, fièvre intense (40° axillaire), haleine fétide. On lui met de la glace pendant dix jours. Diète hydrique.

Vient consulter à l'hôpital après sa crise. On constate une grande def usé du côté droit. Il est mis à un régime sévère. On ne sent pas les hernies, mais les anneaux sont lâches.

Il est refroidi complètement le lundi.

Opération le mercredi 29 janvier 1913 (M. Jalaguier) :

1° *Appendicite à froid*. — Incision de la gaine,

Appendice libre et facile à attirer.

Rien de particulier.

2° *Hernie double A.* — La hernie droite n'est constituée que par la persistance d'un filament, reliquat du gubernaculum.

B. — Du côté gauche, lipome herniaire et derrière lui, un tout petit sac.

Réfection de la paroi postérieure du canal et suture de l'aponévrose du grand oblique.

L'enfant est sorti le 9 février 1913.

Il est revu le 11 février 1914. Il va mieux, mais il n'y a pas cependant transformation complète ; encore quelques douleurs qui ne l'empêchent pas d'aller à l'école. La constipation persiste et la mère lui donne des lavements. Il est un peu pâle.

La paroi est bonne, les trois cicatrices sont en bon état, mais il a encore de la défense dans tout son côté droit.

OBSERVATION XVI

Hernie inguinale droite et appendicite chronique méconnue

Jeanne L..., huit ans. La mère la présente à l'hôpital, parce qu'en l'examinant il y a quatre jours, à la suite d'un coup de pied que l'enfant avait reçu dans l'aîne, elle a constaté dans cette région une grosseur comme une bille, plus volumineuse le soir.

Si on l'interroge, on apprend que cette enfant chétive, tousant tous les hivers, souffre depuis six mois de violentes douleurs dans le ventre. Ces douleurs surviennent après le repas, durent un quart d'heure et disparaissent. Le soir, en se couchant, elle souffre également du ventre, et plutôt à droite.

De plus, la semaine dernière, elle a eu des vomissements alimentaires, puis bilieux, de la céphalée, de la constipation, mais pas de fièvre.

Elle entre à l'hôpital, et l'on trouve de la contracture à droite. On sent l'appendice par la palpation,

La hernie ne sort pas.

Opération le 1^{er} février 1913 (M. Veau) :

Incision de la hernie. Sac dépassant à peine l'orifice externe du canal inguinal. Quand il est ouvert, l'épiploon sort. Le doigt introduit dans l'abdomen, malgré des recherches minutieuses, ne peut sentir l'appendice. L'incision est agrandie par le haut. Les fibres du petit oblique et transverse sont réclinées par l'écarteur. Quelques-unes se rompent. Pour arriver sur le cœcum, je vais à

la recherche du côlon transverse, en tirant sur l'épiploon. En cheminant de proche en proche, j'arrive sur un appendice mobile qui devait être remontant. Il est très long, très vasculaire, fortement recroquevillé. L'ablation se fait sans incident. Mais l'enfouissement du méso est impossible.

État de l'appendice.— L'appendice est rempli de pus concret sur toute sa hauteur. Il présente en abondance un piqueté hémorragique.

Sortie le 20 février 1913.

Revue à l'hôpital le 20 février 1914. Depuis l'opération, elle a toujours eu des selles régulières, un bon appétit et les douleurs abdominales ont complètement disparu.

La cicatrice est en très bon état.

OBSERVATION XVII

André C..., huit ans. — La mère le conduit à l'hôpital pour le faire opérer de hernie et d'appendicite.

Il y a un an en effet, après une pleurésie, les parents constatent chez l'enfant une hernie inguinale droite. Elle était petite, et l'enfant n'a pas porté de bandage.

25 décembre 1912. — Il est pris de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, de vomissements, et cependant il n'a pas de fièvre.

On lui met de la glace sur le ventre pendant onze jours et tout rentre dans l'ordre.

Depuis, il suit un régime alimentaire de pâtes et de purées ; et il n'a pas fait de nouvelles crises.

En ce moment, il n'a plus de douleurs spontanées, ni même à la palpation. Seulement de la défense du côté droit.

La hernie inguinale droite n'est pas visible. Comme les deux anneaux sont larges, et qu'il a une pointe de hernie également à gauche, les parents consentent à la double opération de hernie.

Opération le 15 février 1913 :

1^o *Appendicite*. — L'appendice est facilement trouvé par sa pointe. Il est logé dans des adhérences lâches qui se laissent facilement étirer, mais je ne peux pas trouver l'insertion de l'appendice sur le cæcum. Je fais deux pédicules.

L'appendice est réduit à un filament fibreux mince, lâche, qui se coupe spontanément. Il est relativement court. L'enfouissement du moignon et du méso a été facile.

2^o *Hernie inguinale droite*. — Incision de hernie.

Sac petit, peu épais.

Trois points sur le plan de Bassini.

Deux points superficiels.

3^o *Hernie inguinale gauche*. — Petit sac inhabité.

Bassini et solide sangle superficielle.

Il est sorti le 27 février, guéri.

OBSERVATION XVIII

Hernie inguinale droite et appendicite méconnue

Jean L..., sept ans. Son père, étudiant en médecine, est professeur à l'école de Grignon.

Il nous amène son fils pour une hernie inguinale droite. La hernie est apparue le 8 avril 1913. Le ventre était ballonné, douloureux. Le père constate la présence d'une hernie, du

volume d'une noix, qui se redout assez facilement. On trouve un canal largement perméable. Le testicule droit remonte très facilement jusque dans le canal. Le père nous apprend que l'enfant a eu une très forte entérite depuis l'âge de un an et se plaint souvent de l'estomac. Il est constipé, n'a jamais eu de vomissements. C'est un enfant un peu malingre, mais très vif.

Dans la fosse iliaque, il existe une défense des plus nettes.

Opération le 21 avril 1913 (M. Veau):

1° *Hernie.* — Je trouve un sac œdémateux dont la paroi est très irrégulière. L'orifice péritonéal est très étroit. Pour enlever l'appendice par cette incision, j'aurais dû remonter fortement vers le haut et dans la crainte de trouver des adhérences, j'aime mieux abandonner l'ablation de l'appendice par cette voie.

Fermeture de la paroi.

Un seul point sur le plan profond, six points sur l'aponévrose du grand oblique.

2° *Appendice.* — Incision latérale.

Le cæcum est très facilement trouvé. Il est très flasque, très peu épais. Je suis averti du voisinage de l'appendice par une épaisseur considérable et j'amène facilement un appendice très long, bien perméable, tout rouge. De nombreux ganglions dans le méso. Le péritoine n'est pas malade. L'épiploon est mince et nullement enflammé. Le péritoine pariétal est d'une friabilité anormale et se déchire plus qu'à l'ordinaire.

État de l'appendice. — L'appendice, perméable dans toute sa longueur, présente des plaques ecchymotiques surtout au niveau de son origine et de sa partie moyenne; la pointe qui était la plus épaisse, n'étant pas la plus malade.

L'enfant a été revu le 23 février 1914. Il est en très bon état, a un très gros appétit et continue à ne pas être très gras.

OBSERVATION XIX

Hernie inguinale droite et appendicite méconnue

Marcel V..., six ans. Son père nous amène l'enfant pour ectopie testiculaire diagnostiquée par le médecin. M. Hutinel consulté, il y a deux ans, dit de ne pas intervenir immédiatement.

Il y a quelques mois, les parents ont constaté une hernie inguinale droite, et c'est pour cette hernie et ectopie qu'ils me conduisent l'enfant.

Le 20 avril 1913, nous constatons une hernie, mais il n'y a pas d'ectopie. Le testicule est maintenu élevé par la contraction du crémaster, et il peut descendre facilement jusqu'au fond des bourses.

En l'interrogeant, on apprend que depuis l'âge de trois ans, l'enfant a des vomissements et des accès de fièvre souvent jusqu'à 40 degrés, tous les quatre mois, puis tous les mois. Les vomissements ont succédé aux accès de fièvre.

Il ne pouvait pas aller en chemin de fer sans avoir mal au cœur et souvent il avait des vomissements. Il existe une défense manifeste dans la fosse iliaque droite et nous avons bien étonné le père en lui disant que son fils avait de l'appendicite et qu'il avait plus besoin d'être opéré pour son appendice que pour sa hernie.

Opération le 25 avril 1913 (M. Veau) :

1° *Appendice*. — Incision latérale. L'appendice est facilement amené. Il est largement perméable. Son méso renferme tout un chapelet de ganglions, dont le plus gros dépasse le volume d'un noyau de cerise. Sur le péritoine de la fosse iliaque, il y a de nombreux tractus fibreux d'adhérences très anciennes qui s'étendent jusqu'au méso sans toucher l'appendice.

2^e *Hernie*. — Dès le début, j'ai été étonné d'inciser sur une région sonore, dans laquelle on percevait l'entrée et la sortie de l'air. Je croyais à une hernie intestinale. Quand je suis arrivé sur le sac, j'ai trouvé une vessie natatoire que j'ai disséquée comme un sac plein d'air. Cet air était dû à l'opération d'appendicite antérieure. Le sac ne descend pas jusqu'au testicule.

Deux points sur le plan de Bassini.

Quatre points sur l'aponévrose antérieure.

L'enfant est sorti le 4 mai 1913.

Il a été suivi depuis cette époque, puisque son père est vendeur à la maison Panhard.

Depuis l'opération, l'état de l'enfant s'est transformé. Il n'a plus d'accès de fièvre, n'a jamais eu un vomissement, va en chemin de fer et en autobus sans éprouver de troubles.

Le testicule est encore haut placé. Il faut tirer dessus pour l'amener jusqu'au fond des bourses.

OBSERVATION XX

Henriette B. ..., quinze ans. Elle nous est envoyée de l'agence de Valenciennes par le médecin des Enfants-Assistés pour être opérée d'appendicite et de hernie inguinale gauche.

A l'âge de huit ans, en effet, on s'est aperçu chez cette enfant de la présence à gauche d'une hernie inguinale. Elle a porté un bandage pendant trois ans.

Il y a quatre mois, pendant son travail, elle a été prise tout d'un coup d'une envie de vomir, avec des douleurs abdominales internes. Pendant trois jours, les douleurs ont persisté, mais elle n'a pas interrompu son travail.

13 avril 1913. — Pendant la nuit, elle est prise de douleurs

abdominales, non localisées d'un côté, en même temps que de nausées. Elle n'a pas d'hyperesthésie cutanée. Au bout de quelques jours les symptômes diminuent.

Elle conserve encore une défense musculaire marquée à droite, et une douleur vive à la palpation.

La hernie est petite. Le canal inguinal est large.

Opération le 11 juin 1913 (M. Veau) :

1° *Appendicite*. — Longue incision de la gaine chez une fille grasse. L'appendice est vu tout de suite, très gros, blanc. Ablation très facile.

Enfouissement normal.

2° *Hernie*. — Sac vide. Très bonne paroi. Le moignon du sac a été fixé en haut (Barker).

Cinq points sur l'aponévrose du grand oblique.

État de l'appendice. — L'appendice, mince à son origine, était très épais à la partie centrale et rappelait par sa consistance les deux cas d'appendicite néoplasique que j'ai déjà vus. Le méso, moyennement grasseux, n'avait pas de ganglions. A la section, la musculaire est excessivement épaisse, nullement adhérente à la muqueuse. Il semble qu'elle comprimait celle-ci qui fait hernie quand la musculaire est coupée. Il n'y a pas de lumière. Le ciseau ne peut ouvrir franchement la totalité de la cavité. L'appendice renferme un liquide muqueux. La muqueuse a un petit piqueté hémorragique insignifiant. En somme, lésions musculaires très importantes, lésions muqueuses moins accentuées.

OBSERVATION XXI

Madeleine B..., neuf ans, se présente le 7 août à la consultation, envoyée par le Dr Houzel pour une appendicite avec hernie.

L.-J. Dautheuil

Depuis le mois de juin, à la suite d'un traumatisme du coude, elle a un tic nerveux du bras droit et du pied droit (mouvements cloniques survenant par crises, mais à peu près continus). La fréquence de ces mouvements empêchant l'enfant de se servir de sa main pour manger et pour s'habiller. Vers la même époque, l'enfant a perdu l'appétit, et en quelques jours, sans vomissements, s'est plaint de la région ombilicale. Constipation opiniâtre.

Le Dr Houzel a fait le diagnostic d'appendicite et comme l'enfant présentait en même temps une hernie inguinale droite, il a conseillé de l'enlever.

Opération le 18 août 1913. (M. Veau) :

1^{re} *Ablation de l'appendice.* — Très petite incision latérale. Ablation sans incidents. L'appendice est turgide, très vascularisé dans toute sa longueur. Pas de ganglion. La pointe, acuminée, est renflée en baguette de tambour. Dans cette pointe, gros amas de matières fécales avec une dizaine d'oxymes et un piqueté hémorragique très intense.

La partie moyenne de l'appendice est relativement saine, la muqueuse est simplement un peu hypertrophiée.

2^o *Ablation de la hernie.* — Sac largement ouvert. 3 points ferment en un plan l'aponévrose du grand oblique et les plans sous-jacents.

Sortie le 30 août 1913.

Est revenue nous voir un mois après, très engraisnée ; bon appétit, plus de constipation. Repris en un mois le poids qu'elle avait perdu. L'enfant conserve son tic, mais elle est beaucoup moins nerveuse. Elle dort sans médicaments.

OBSERVATION XXII

Kyste du cordon et appendicite

Armand G., trois ans et demi. La mère l'amène pour une tuméfaction des bourses droites. Il y a un mois qu'elle s'en est aperçue. Elle conduit l'enfant pour qu'on le débarrasse de cette grosseur.

Mais en interrogeant, on apprend qu'il y a six semaines, l'enfant a été pris de coliques et de vomissements. Il a souffert beaucoup du côté droit sans que le médecin soit consulté. La mère lui fait un lavage intestinal, qui ramène un liquide jaune, épais. Devant la persistance des douleurs, la mère appelle un médecin. Il prescrit la glace sur le ventre, la diète.

Deux jours après, tous les symptômes étaient calmés. C'est à quelque temps de là que la mère s'est aperçu de la tuméfaction des bourses. Il y a deux jours, il a été repris de nouveau de vomissements. C'est ce qui décide la mère à nous le conduire le 19 janvier 1914. Elle ne nous montrait d'abord que la tuméfaction des bourses.

Opération le 22 janvier 1914 (M. Jalaguier) :

1° *Appendice*. — Incision de la gaine.

On trouve facilement l'appendice qui est libre.

On trouve de gros ganglions dans le méso.

Résection et enfouissement sans incidents.

2° *Hernie*. — Il s'agit d'un kyste du cordon dont la paroi est très épaisse. Le pédicule s'étend vers le péritoine.

Trois points sur le plan profond.

Fermeture de l'aponévrose du grand oblique.

OBSERVATION XXIII

Appendicite. — Hernie inguinale gauche ancienne

Paul B..., douze ans, se présente à la consultation le 20 janvier 1914, pour douleurs abdominales.

Il est d'un teint pâle, a toujours eu dans son enfance des troubles d'entérite avec diarrhée chronique. Il n'a jamais vomé.

Depuis quelques jours, se plaint de douleurs abdominales dans la fosse iliaque droite par intermittences. Défense manifeste dans la fosse iliaque. On le met au régime et on lui dit de revenir un mois après.

Le 1^{er} mars, la mère le ramène. Il ressent les mêmes douleurs. L'appétit est meilleur qu'à la première visite.

La défense musculaire est moins manifeste, mais elle est plus localisée.

La mère me raconte que l'enfant à sa naissance avait une hernie inguinale gauche pour laquelle il a porté un bandage pendant plusieurs années.

Depuis dix ans, la hernie n'est pas ressortie.

Opération le 5 mars 1914. (M. Veau) :

1^{re} *Appendicite*. — Très courte incision latérale. L'appendice vient facilement. Méso très mince ; pas de ganglions.

2^o *Hernie*. — Pas de sac. Une longue frange graisseuse pénètre dans le canal inguinal. En tirant dessus, on amène une bride qui doit être le canal vagino-péritonéal.

Examen de l'appendice. — L'appendice renferme des matières. Sa pointe, très dure, est sclérosée. La cavité n'est plus perméable. Dans le reste de son étendue, la muqueuse est très

hypertrophiée et vers le milieu il existe des plaques de folliculite hémorragique.

OBSERVATION XXIV

Hernie inguinale droite et appendicite

Albert B... treize ans et demi. Le médecin des Enfants-Assistés de Château-Chinon nous l'envoie pour hernie inguinale droite.

Il y a un an, il ressent dans la région ombilicale, de fortes douleurs qui le privent de sommeil. Pas de constipation, ni de vomissements. Mais on l'envoie malgré tout à l'hôpital de Château-Chinon. Il reste deux mois et demi à l'hôpital. Diète lactée pendant un mois et glace sur le ventre pendant quinze jours.

Au bout de quinze jours, les douleurs ont disparu. Depuis il n'a pas eu de douleurs jusqu'à fin décembre 1913. A ce moment, il voit apparaître une hernie inguinale droite. A la fin de janvier, la hernie devient douloureuse : ce sont des douleurs moins fortes que l'année précédente.

On voit la hernie intra-inguinale faire une légère saillie. On a une impulsion à la toux.

Légère défense du côté droit.

Fièvre 38°2.

Opération le 31 mars 1914. (M. Veau) :

1° *Appendice*. — Incision latérale. L'épiploon rasque complètement l'orifice péritonéal; on éprouve même quelques difficultés pour le repousser à gauche. Le cœcum est fixé. Je ne peux pas l'amener au dehors, mais j'aperçois dans la profondeur un cordon blanchâtre qui ressemble autant à l'intestin grêle contracté qu'à un appendice. Le méso est très grasseux : nombreux ganglions.

¹ L'ablation et l'enfouissement se font normalement.

2° *Cure radicale de la hernie.* — Je tombe sur un sac très graisseux. Je me demandais si ce n'était pas qu'un lipome, mais je reconnus que ce n'était qu'un sac graisseux, qui renfermait un épiploon complètement adhérent. Quatre pédicules sur l'épiploon. J'ai eu de la peine pour reconnaître la limite des adhérences épiploïques au niveau du collet du sac. L'épiploon est resté adhérent au sac réséqué.

Trois très bons points sur un bon tendon conjoint.

Six sur l'aponévrose du grand oblique.

Etat de l'appendice. — L'appendice présente un rétrécissement à l'union de son tiers moyen et de son tiers terminal. Il semble que l'obstruction soit complète, car la partie d'aval est excessivement dure, tendue, pâle, scléreuse. La partie d'amont est au contraire rouge, molle et flasque.

A la section, cette partie d'aval renferme un mucus clair et teinté de jaune par la bile. La muqueuse est lisse et pâle. La partie d'amont a une muqueuse très tomentense, vasculaire, mais ne présente aucun piqueté de folliculite hémorragique.

En résumé, sur ces 24 observations, nous voyons que l'enfant a été amené à l'hôpital douze fois pour hernie — l'appendicite avait été méconnue — douze fois au contraire, le diagnostic d'appendicite avait été fait et on profitait du diagnostic d'appendicite pour opérer la hernie.

De tous ces faits nous pouvons conclure :

1. — *Quand un enfant porteur de hernie inguinale se plaint du ventre, il faut suspecter l'appendicite :*

et l'affirmer, s'il existe de la défense de la fosse iliaque droite.

II. — Une hernie inguinale normale ne doit pas être douloureuse. L'appendicite est la cause la plus fréquente des douleurs qu'accusent les enfants porteurs de hernies (1).

III. — Quand un enfant a des douleurs abdominales d'origine appendiculaire, s'il a une hernie concomitante, les parents incrimineront toujours la hernie et le conduiront au chirurgien en ne lui parlant que de sa hernie.

IV. — On devra examiner systématiquement l'appendice de tous les enfants atteints de hernie.

Le diagnostic clinique de l'appendicite coïncidant avec une hernie, ne présente jamais aucune difficulté, il suffit d'y penser : les symptômes fonctionnels, la défense de la fosse iliaque permettent d'affirmer la coexistence d'appendicite.

1. « Une hernie qui se réduit bien n'est, en général, pas douloureuse ; et le fait seul de voir les douleurs persister malgré une bonne contention par un bandage, doit faire penser à l'appendicite (quand la hernie siège à droite bien entendu) » (Guinard *Bulletin de Société de Chirurgie*. janv.-fév.-mars 1904).

CHAPITRE II

APPENDICITE ET ECTOPIE TESTICULAIRE DROITE

Ce chapitre contient un petit nombre d'observations d'enfants que les parents conduisent à l'hôpital pour ectopie testiculaire droite douloureuse, et qui ont surtout des douleurs d'appendicite.

Il est à noter que les parents conduisent souvent leurs enfants à l'hôpital pour ectopie testiculaire, et que ce n'est en réalité qu'un testicule maintenu élevé par la contraction du crémaster, comme dans l'observation XIX. Nous laissons ces cas de côté dans ce chapitre.

L'exemple le plus typique, celui qui a le plus contribué à notre éducation, est un enfant opéré dans un hôpital de Paris, pour ectopie testiculaire, et qui nous est amené quelques mois après, la mère nous disant qu'il souffre comme avant. Nous lui trouvons une appendicite chronique évidente et l'opération l'a guéri radicalement et définitivement.

C'est à la suite de ce cas que nous avons été amené à rechercher systématiquement les douleurs dans la fosse iliaque droite chez les enfants qui viennent à la consultation pour une hernie.

C'est donc la concomitance de l'appendicite et de l'ectopie testiculaire qui nous a incité à rechercher la concomitance de cette affection avec la hernie.

OBSERVATION XXV

Ectopie testiculaire et appendicite méconnue

Albert J. . . , neuf ans. Ce garçon est le fils de mon coiffeur, et depuis plus d'un an, je savais qu'il avait une ectopie testiculaire. Comme il était en Suisse, à proximité de Lausanne, il avait été conduit chez M. Roux qui avait proposé aux parents de l'opérer de son ectopie. Ceux-ci avaient différé l'opération, et ils me le montrent au moins de janvier 1913, avant de le renvoyer en Suisse où il passait tout son temps en raison d'une faiblesse généralisée qui avait fait craindre la tuberculose.

Quand je l'examine, les parents me racontent qu'il a un mauvais état digestif, souvent envie de vomir, et par périodes même, à deux ou trois reprises, il a été pendant plusieurs jours retenu au lit par l'intensité de ses douleurs.

La langue est largement saburrale ; le teint plombe, terreux, est celui que l'on voit souvent chez les enfants atteints d'appendicite. Avant même que de palper ses testicules, je tâte sa fosse iliaque, et il a un soubresaut de défense qui prouve sans discussion qu'il y a une appendicite chronique évidente. Les testicules sont haut placés, dans le canal inguinal. Une pression méthodique peut à peine les faire sortir par l'orifice externe. Le droit est un peu plus haut que le gauche. Pas de hernie concomitante.

Je dis aux parents qu'opérer le testicule serait bien, mais opérer l'appendice serait encore mieux, et jé me refuse à faire l'abaissement des testicules, si je n'opère pas l'appendicite. Après quelques hésitations, les parents consentent, et l'enfant entre à l'hôpital des Enfants-Assistés le 27 mars 1913.

A gauche, le testicule est à l'orifice superficiel du canal inguinal, mais cette disposition est due à la contraction du crémaster, car on peut facilement l'abaisser jusqu'à la partie moyenne des bourses. Du reste, la bourse droite contraste par son volume avec la bourse gauche.

Opération le 2 avril 1913. (M. Veau) :

1° *Appendicite*. — Incision latérale. Appendice facilement trouvé ; un gros ganglion comme un noyau de cerise, très dur, est dans le méso tout près de l'appendice, et il est extirpé avec lui.

L'appendice est petit, pas très épais, pas adhérent. Enfouissement.

2° *Éctopie*. — Le testicule est tout petit dans une loge à cheval sur l'orifice superficiel du canal inguinal. Pas de communication péritonéale avec la vaginale ; en libérant les éléments du cordon, la vaginale est ouverte ; elle est refaite au catgut 00. L'abaissement est bon : les éléments du cordon sont intacts.

Sorti le 17 avril 1913.

Cet enfant a été suivi régulièrement jusqu'à ce jour, 28 mars 1914. L'opération l'a transformé. Il a grandi de 12 centimètres, il est fort, vigoureux et on ne pense plus à l'envoyer en Suisse.

Le testicule droit est plus petit que le testicule gauche. Il reste à l'origine des bourses ; il ne peut pas y être amené. Il est cependant mobile et nullement douloureux.

OBSERVATION XXVI

Appendicite et ectopie avec hernie.

Maurice G... huit ans. La mère amène l'enfant à l'hôpital parce qu'il a fait une crise douloureuse du côté droit et qu'il a une hernie.

Depuis longtemps, cet enfant présente de l'entérite chronique. Au moindre excès alimentaire, il a des selles diarrhéiques, avec peaux blanches.

12 décembre. — Il est pris subitement de douleurs abdominales qui le font s'aliter. En même temps, il a de la fièvre, et vomit par deux fois la nuit, des aliments pris dans la journée.

13 décembre. — Cet état aigu a disparu, mais il persiste une douleur dans la fosse iliaque droite.

Il présente un subictère cutané généralisé et une teinte jaune légère des conjonctives.

Il se défend du côté droit et la palpation profonde réveille une douleur localisée à deux travers de doigt à droite, un peu au dessus de l'ombilic. On ne sent pas l'appendice.

Le foie déborde les côtes d'un travers de doigt. La langue est saburrale, mais il n'a pas de fièvre.

Le canal inguinal droit est saillant au moment de la toux. Les canaux inguinaux des deux côtes sont larges, mais du côté droit, on sent une petite masse réductible.

On ne peut sentir le testicule droit.

Le gauche est un peu remonté, mais on le palpe très bien.

Opération le 21 décembre 1911 (M. Jalaguier.) :

1° *Appendicite*. — Incision sur le bord externe du droit :

On trouve le cœcum sans trop de peine, mais il ne vient pas au dehors.

L'appendice est rétrocœcal et remontant jusque sous le foie. On l'enlève avec beaucoup de peine, car il est très long, et adhérent sur toute sa longueur.

Sutures et enfouissement.

Fermeture suivant le mode ordinaire sans difficulté.

2^e *Hernie*. — Incision de la hernie. Ou dégage facilement le sac qu'on lie et résèque. On dissèque ensuite le cordon, le plus haut possible. Le testicule se laisse facilement attirer. On lui creuse une loge dans la bourse correspondante et on le fixe par une suture en deux plans, cordon dessous.

Sorti le 7 janvier 1912.

OBSERVATION XXVII

Ectopie et appendicite méconnue

André F..., huit ans. Sa mère l'amène à l'hôpital pour ectopie testiculaire double.

L'enfant urinait au lit et les parents pensaient que cela pouvait venir de l'ectopie testiculaire. Mais il ne souffrait pas du côté de ses testicules.

Cependant, depuis six mois, il se plaint souvent du ventre, sans avoir de douleur nette en un point précis.

Il a bon appétit, mais il a un peu de diarrhée et quelquefois, le soir après le dîner, des vomissements comme d'indigestion.

On constate une défense musculaire marquée du côté droit, et une douleur nette au point de Mac-Burney.

M. Veau dit à la mère, qui ne le soupçonnait même pas, que

son enfant est atteint d'appendicite et qu'il est plus urgent de lui enlever son appendice que d'abaisser ses testicules. En raison de son âge, on refuse d'intervenir sur les testicules. On n'opère que l'appendice.

Opération le 8 avril 1910. (M. Veau) :

Incision sur le bord externe du **grand droit, courte**.

J'ai un peu de peine pour trouver le caecum parce que c'est l'S iliaque qui se présente : Le caecum est remonté sous le foie. Quand je le tiens, je ne peux pas sortir l'appendice parce qu'il est bride par un tractus fibreux très dense qui le corde et fixe la **partie moyenne derrière l'iléon**.

Ligature et section première de l'appendice. Il est impossible de mettre un fil sur le mèsos, car le corde de l'appendice ne peut être exteriorisé. Section de proche en proche. Quand le mèsos est lié, il est si profond qu'il ne peut être enfoui.

Etat de l'appendice — L'appendice très long, renferme une matière sanguinolente et puriforme abondante qui sent très mauvais.

Il sort le 24 avril 1910 guéri.

Il est revu le 1^{er} avril 1914. Depuis son opération, il a toujours été en bonne santé. Des migraines, mais plus de douleurs abdominales.

Les testicules ne sont pas descendus. Le droit, gros comme un pois est à la partie moyenne du canal inguinal. Le gauche, gros comme un haricot, est la partie supérieure du canal et il est moins mobile que le droit.

On se propose d'intervenir sur les testicules.

Nous arrivons donc à la fin de ce chapitre aux **conclusions suivantes**.

I. — *Chaque fois qu'un enfant sera atteint d'ectopie testiculaire, s'il a des douleurs d'appendicite, elles seront rapportées à son ectopie.*

II. — *Le testicule en ectopie est le plus souvent indolore, et en dehors des grandes crises douloureuses provoquées par l'étranglement testiculaire, et des douleurs peu vives du testicule en ectopie à la puberté, lorsqu'un enfant se plaint de l'abdomen, il faut toujours penser à l'appendicite plus qu'aux douleurs du testicule ectopié.*

Ces notions ne sont pas nouvelles. Dans la discussion du Congrès de chirurgie de 1906, presque tous les auteurs ont insisté sur la fréquence de l'appendicite comme cause de douleurs de l'ectopie.

Le professeur agrégé Villard, de Lyon, ne décrit pas de douleurs dans les signes de l'ectopie. Mais au chapitre des complications, il parle de l'ectopie douloureuse. « Par le fait même de sa situation anormale, le testicule est exposé, en diverses circonstances, à des frottements, à des pressions entraînant des sensations pénibles douloureuses. D'autre part, le testicule peut être le siège de véritables crises douloureuses spontanées, que l'on a désignées sous le nom de coliques testiculaires; ces crises apparaissent surtout au moment de la puberté. »

Il décrit encore des accidents nerveux généraux (nervosisme, caractère bizarre, neurasthénie), la torsion du cordon spermatique, les orchites.

Souligoux, dans le pronostic de l'ectopie testiculaire dit : « l'homme à testicule ectopique est exposé à des phénomènes douloureux. En général, la douleur ne survient qu'au moment

de la puberté. Tantôt c'est une gêne plutôt qu'une douleur véritable, tantôt la douleur est tellement vive que, à la suite d'un effort, d'un mouvement brusque et violent, survient une véritable syncope. Ces douleurs présentent des irradiations et sont suivies ou non de vomissements. »

Dans le chapitre des maladies du testicule ectopique, il dit encore : « Le diagnostic entre une péritonite et une inflammation testiculaire peut néanmoins se poser. Je citerai à ce propos l'observation d'un jeune enfant de onze ans, atteint de cryptorchidie, que j'ai eu l'occasion d'observer. Cet enfant avait présenté quinze jours auparavant une attaque d'oreillons, lorsqu'il fut pris d'une douleur vive au niveau de l'aîne, du côté gauche, suivie de vomissements ; le médecin, qui fut appelé, sachant que l'orchite ourlienne est très rare dans l'enfance, crut d'abord à une attaque d'appendicite. Le lendemain, la région inguinale gauche était tendue, douloureuse, le testicule paraissait augmenté de volume et l'on fut amené à penser qu'il s'agissait d'une inflammation de la glande. De la glace sur la région douloureuse, des bains furent prescrits. Je vis cet enfant au sixième jour, la région inguinale gauche n'était plus douloureuse, le testicule était mobile dans sa loge, le ventre était légèrement météorisé, la région iliaque droite douloureuse. J'inclinai vers le premier diagnostic, c'est-à-dire péritonite suite d'appendicite. Le lendemain, l'état général s'étant aggravé, je constatai que la région inguinale gauche était de nouveau volumineuse et douloureuse ; néanmoins j'opérai cet enfant et fis l'incision classique de l'appendicite.

« C'était bien l'appendice qui était le point de départ des accidents ; il était gangrené, perforé, et il existait une péritonite généralisée ; le pus, refluant dans le conduit péritonéo-

vaginal gauche non oblitéré, avait soulevé la paroi et put faire croire à une orchite. »

Le professeur Carlier de Lille pense aussi à la concomitance possible et plus ou moins fréquente d'appendicite et de testicule en ectopie, et en même temps aux difficultés de diagnostic entre l'appendicite et les accidents aigus atteignant ce testicule en ectopie, car sur deux observations qu'il rapporte, dans l'une il élimine le diagnostic d'appendicite et dans l'autre, il l'a fait à tort.

CHAPITRE III

LES RELIQUATS DE L'APPENDICITE

HERNIAIRE AIGUE DANS LE SAC DE HERNIE INGUINALE DROITE

Nous avons rangé dans ce chapitre, nos observations de hernies, dans lesquelles on trouvait l'appendice rattaché au sac par des adhérences inflammatoires anciennes, reliquat d'une appendicite herniaire.

OBSERVATION XXVIII

Hernie du cæcum et de l'appendice

Fernand M..., deux ans et demi. La mère amène son enfant à l'hôpital des Enfants-Assistés, pour le faire opérer d'une hernie inguinale droite.

Il présente en effet une volumineuse tumeur dans l'aîne, réductible avec gargouillement. En le palpant soigneusement on sent dans le sac, un petit cordon dur que l'on croit être l'appendice.

Assez souvent, la hernie est douloureuse et l'enfant a fait antérieurement une crise aiguë d'étranglement herniaire, diagnostiquée par le médecin.

Opération le 28 novembre 1898 (M. Jalaguier):

Isolément du cordon qui est, avec les doigts, séparé du sac herniaire.

Le sac herniaire est ainsi libéré le plus haut possible. On ouvre le sac et on trouve l'appendice et le cœcum, celui-ci n'apparaissant que par sa partie toute inférieure. L'appendice est gros, turgescant : il présente à sa périphérie des fausses membranes, qui témoignent de la péritonite antérieure. L'appendice est relié au fond du sac par une fausse membrane. On se décide à enlever l'appendice malade. Un ou deux catguts permettent de pédiculiser le méso-appendice, et une section en libère l'appendice. Celui-ci ne tient plus que par sa base.

Ligature, catgut et section.

Enfouissement du moignon.

Le tout est alors réduit dans le ventre.

Ligature et section du sac herniaire.

Sutures.

Le lendemain de l'opération, l'enfant va bien.

14 décembre 1898. — Suppression du pansement. Guérison.

26 décembre. — Le malade porte un bandage inguinal en caoutchouc.

3 janvier 1899. — Exit, en très bon état et muni de son bandage.

OBSERVATION XXIX

Hernie de l'appendice

Paul R..., cinq ans et demi. Les parents l'amènent à l'hôpital pour qu'il soit opéré d'une hernie inguinale droite.

Depuis l'âge de deux ou trois ans l'enfant avait cette tuméfaction dans la région inguinale.

Elle a été en augmentant légèrement avec l'âge, mais elle n'a jamais été douloureuse.

Cette grosseur s'étend de la partie interne de la région inguinale droite jusqu'à la portion moyenne des bourses. Elle est donc inguino-scrotale.

Tumeur mate, pas d'hydrocèle concomitante, et deux testicules bien à leur place.

Mais si l'on cherche à pénétrer dans l'anneau inguinal externe, on rencontre un corps allongé, cylindrique, roulant sous le doigt. C'est l'appendice, sorti de 3 centimètres, qu'on peut pincer facilement entre pouce et index.

On ne sent ni cæcum, ni grêle, ni épiploon dans le sac.

La tumeur est parfaitement réductible et il n'y a pas d'adhérences entre l'extrémité de l'appendice et le testicule.

Opération le 29 avril 1904 (M. Jalaguier). — On découvre l'orifice inguinal externe et on tombe aussitôt sur le sac que l'on incise et dans lequel on trouve l'appendice fixé par un grand nombre d'adhérences très solides. Il est long de 8 centimètres environ et assez dur ; on sent qu'il contient des noyaux durs. On l'écrase contre son insertion cæcale, avec la pince écraseur ; puis on le ligature. On cautérise et on suture le moignon. Le méso est ligaturé à part. Enfouissement dans la paroi cæcale par le procédé ordinaire.

On rentre le cæcum attiré au dehors en débridant aux ciseaux quelques fibres du grand oblique, puis on reconstitue la paroi postérieure du trajet inguinal par deux points en U après avoir ligaturé le sac, temps rendu difficile par la minceur de ce dernier.

Sutures de la peau au catgut.

4 mai 1904. — Ablation des fils. Plaie parfaite.

12 mai 1904. — Il sort guéri.

OBSERVATION XXX

Hernie de l'appendice

Paul D. ., treize ans. Cet enfant nous est envoyé de Saint-Saulge (Nièvre), par le médecin des Enfants-Assistés pour être opéré de hernie inguinale droite.

L'enfant étant debout, on constate une déformation portant sur le trajet du canal inguinal droit qui est adhérent dans toute sa longueur.

Lorsqu'on fait tousser le malade, le cinquième doigt dans l'anneau, qui est normal, on sent une légère pointe de hernie.

Toute la paroi droite est facilement défonçable. Du côté gauche, rien d'anormal. Peut-être un léger épaissement scrotal.

État général médiocre.

Opération le 10 août 1906 (M. Jalaguier):

Incision de la hernie inguinale droite. Découverte du sac. Ouverture de la paroi antérieure doublée de l'appendice. Celui-ci est très adhérent au péritoine antérieur. Il est recouvert dans toute son étendue, d'adhérences celluluses. L'extrémité aveugle est contenue en quelque sorte dans une petite poche celluleuse. A la naissance du sac, on trouve le fond du cæcum très adhérent lui aussi. On est obligé pour dégager l'appendice et le cæcum, d'agrandir l'incision et de rechercher le péritoine au-dessus de l'orifice inguinal profond.

Ablation et enfouissement de l'appendice. Fermeture du sac. Réfection de la paroi postérieure et de la paroi antérieure.

OBSERVATION. XXXI

Edmond P..., quinze ans. Il est envoyé de Luzy (Nièvre) par le médecin des Enfants-Assistés pour être opéré de hernie inguinale droite.

20 mars 1910. — Le malade nous dit s'être aperçu de la présence de sa hernie, il y a trois mois environ. Il n'a pas eu notion du moment où elle est apparue.

Il y a quinze jours, on lui a donné un bandage qui contenait bien sa hernie. Il n'en est pas gêné.

Aujourd'hui, on aperçoit dans la bourse droite au-dessus du testicule une tuméfaction grosse comme une noix. Elle est molle, et aisément réductible. Elle ne semble pas contenir d'épiploon.

Elle réapparaît lorsque le malade pousse, tousse ou se lève.

L'orifice du canal inguinal est large.

Opération le 5 avril 1910 (M. Veau) :

Incision de hernie. Le sac qui est plein, est très facilement disséqué : les éléments adjacents n'adhèrent pas du tout. Quand la totalité du sac qui ne descendait pas jusqu'au testicule est isolée, on l'ouvre avec peine, car l'épiploon adhère à sa paroi sur une large surface. Quand on est bien dans le sac, on se rend compte que cette adhérence remonte jusqu'au collet, et peut-être jusqu'à l'abdomen. Ligature en chaîne de l'épiploon.

Avant qu'on ait pu libérer le collet, on voit un *petit filament blanc très dense*, long, qui s'attache d'une part sur l'épiploon, près de l'adhérence sacculaire et qui remonte dans l'abdomen. En tirant dessus, on arrive sur un cordon qui est la pointe de l'appendice. Mais cet appendice était fixé dans la profondeur.

On ne pouvait voir que sa queue. Pour arriver jusqu'à lui, l'incision de la hernie est prolongée haut du côté de l'abdomen sur 4 ou 5 centimètres. Le grand oblique est coupé et réparé. On arrive alors sur le cæcum. Le méso, méconnaissable, réduit à un filament, est facilement lié.

Section de l'appendice et enfouissement sous une bourse. Le méso n'est pas enfoui.

Achèvement de la libération des adhérences de l'épiploon au collet.

On avait alors une grande incision péritonéale, qui se prolongeait en bas dans un diverticule (la hernie) auquel adhérait l'épiploon. L'orifice est réparé soigneusement; le péritoine sectionné au ras de la fente. La libération du péritoine au contact du cordon a été délicate.

Fermeture en surjet du péritoine.

Fermeture des muscles, qui, en bas, arrive à être un vrai Bassini (arcade crurale).

OBSERVATION XXXII

Pseudo-étranglement. — Appendicite herniaire

Arsène E..., trois ans. Il est envoyé de Cosne par le médecin des Enfants-Assistés avec le diagnostic de hernie inguinale double.

En arrivant à l'hôpital, il contracte la rougeole.

Dans le service des rougeoleux il est pris un jour de douleurs abdominales avec constipation, et l'on pense qu'il fait des accidents d'étranglement. Tout rentre dans l'ordre et on le passe dans le service de chirurgie.

Du côté droit, on voit une légère tuméfaction dans l'aîne et le doigt, placé dans le canal qui est large, sent une petite masse bien réductible.

Du côté gauche, on a un anneau très large et une petite impulsion à la toux.

Opération le 6 décembre 1912 (M. Veau) :

1° *A droite.* — Le sac est facilement découvert, il est mince et atteint à peine la partie moyenne du scrotum. En l'ouvrant, on est frappé d'une teinte rouge du collet. Je mets l'index droit dans l'abdomen et j'amène immédiatement un appendice très mobile. Résection. Enfouissement en bourse. Le méso tirait un peu. Il est rentré dans le ventre comme le sac d'une hernie inguinale.

État de l'appendice. — L'appendice ne semble pas malade. Pas de piqueté hémorragique. A l'extrémité, un petit noyau de matières fécales qui ressemblent à du méconium. Mais, près de son insertion, un magnifique oxyure. A ce niveau, la muqueuse présente un piqueté hémorragique qui contraste avec l'aspect régulier et clair du reste de l'appendice. On voit à ce niveau comme de petits kystes glandulaires remplis d'un liquide séreux et il semble que le piqueté hémorragique n'est qu'une hémorragie dans ces kystes. En d'autres termes, sur la muqueuse, on voit des petits points semblables les uns aux autres, mais dont les uns sont clairs et dont les autres sont sanguins.

2° *A gauche.* — Crainte de hernie. Il n'y a rien dans le canal. L'orifice est un peu large. Un seul point de catgut ferme l'orifice superficiel du canal.

13 mars 1914. — Une lettre du médecin des Enfants-Assistés de Cosne nous apprend « qu'actuellement, l'enfant va bien et

qu'il ne s'est jamais senti de l'affection pour laquelle il a été opéré ».

OBSERVATION XXXIII

Robert M..., deux ans et demi. Cet enfant est envoyé de l'agence d'Autun par le médecin des Enfants-Assistés, pour être opéré de hernie inguinale double.

A droite, on voit une grosseur dans l'aîne du volume d'une petite pomme. Quand on met son doigt dans le canal inguinal, on constate qu'il est très lâche et l'on peut réduire facilement la hernie. La paroi abdominale est peu résistante.

A gauche, tuméfaction plus petite que du côté droit, et également réductible.

Les deux hernies ne sont pas douloureuses.

Opération le 7 avril 1913 (M. Veau).

1° *A droite.* — Paroi flasque, grosse hernie. Sac très épais avec un crémastér qui est un vrai muscle. Malgré son étendue il n'allait pas jusqu'au testicule.

Dissection facile. A l'ouverture du sac, la paroi interne est irrégulière, fibreuse, cicatricielle. Il y a certainement eu des inflammations dans ce sac. Le doigt, introduit par l'orifice qui est large, sent l'appendice et le ramène avec une facilité extrême hors de la plaie. L'ablation en a été tout aussi facile et aussi méthodique que pour une appendicite ordinaire. Ceci est certainement dû à la ptose viscérale. La réfection de la paroi n'a pas été très satisfaisante.

Deux points sur le plan de Bassini qui prennent les tissus, qui n'ont rien de l'anatomie normale. Trois points sur l'aponévrose antérieure, qui, elle aussi, est très mince.

2^e A gauche. — Sac un peu moins épais : ne descend pas jusqu'au testicule. A l'ouverture, on le trouve encore très fibreux ; un peu de liquide.

Trois bons points sur le plan de Bassini.

OBSERVATION XXXIV

Hernie inguinale droite et appendicite méconnue

Paul P..., six ans. Cet enfant nous est envoyé de l'Agence de Manzat (Puy-de-Dôme) par le médecin des Enfants-Assistés, qui nous écrit la lettre suivante :

« J'ai été appelé à donner mes soins au jeune P..., à deux reprises, pendant tout le temps qu'il a été placé dans l'Agence des Enfants-Assistés, où il est venu à l'âge d'un an environ.

La première fois, il y a un an. Cet enfant avait eu quelques vomissements et présentait quelques douleurs au niveau de sa hernie inguinale. Cette indisposition fut passagère et tout rentra dans l'ordre à la suite d'un petit traitement médical. Rien ne fit soupçonner à ce moment qu'il pût être question de douleurs appendiculaires et je me souviens très bien que l'enfant ne présentait alors aucune trace de fièvre. Je pensais à des douleurs dues uniquement à sa hernie et me proposais d'en faire débarrasser notre pupille, dès qu'il aurait atteint un âge convenable.

La seconde fois, au début du mois de décembre dernier, je fus appelé auprès du jeune P..., qui, en revenant de l'école, avait été obligé de s'aliter et se plaignait de douleurs très vives dans la région abdominale, jusque dans l'ombilic. Il présentait une tumeur de la région inguinale très dure, du volume d'un gros

œuf de poule et très douloureuse, irréductible. Après quelques tentatives de réduction, infructueuses, j'instituais un traitement médical, et je revins le lendemain matin, c'est-à-dire quinze heures après environ. Les douleurs avaient disparu complètement et je pus facilement réduire la tumeur.

A partir de ce moment, tout rentra dans l'ordre et l'enfant put se lever au bout de quelques jours. Il fut envoyé à Paris. Je n'ai jamais pensé à l'appendicite, bien qu'il y ait eu constipation opiniâtre à ces moments.

J'ai toujours attribué ces symptômes à un certain degré d'étranglement de l'anneau inguinal.

La nourrice m'a dit que l'enfant se plaignait quelquefois de coliques. »

Opération le 14 janvier 1914 (M. Veau). — La fibreuse commune est très épaisse, le sac péritoneal très mince. La dissection en est laborieuse et je suis très étonné de constater que mes manœuvres de dissection ont provoqué une hémorragie dans le sac, peu abondante. Ce sac ne descend pas jusqu'au testicule. La dissection en est reportée haut, vers le collet, et là, je constate une adhérence filiforme qui s'insérait très exactement au-dessous du collet. En tirant sur cette adhérence, j'amène l'appendice et le cæcum. Cette adhérence s'insérait d'autre part à 1 centimètre de l'embouchure appendiculaire, et elle déterminait sur l'appendice une forte condure. Elle n'était pas libre dans la cavité péritoneale, mais rattachée à la paroi par un méso assez lâche, de caractère nettement inflammatoire cependant.

Cette adhérence n'était pas isolée. Le fond du cæcum était rattaché à la partie externe de la fosse iliaque par toute une série de brides qui semblaient être plus récentes que la grande

bride sacculaire, en ce sens qu'elles étaient moins fibreuses, plus fibrineuses.

Quand ces brides ont été sectionnées, le cæcum et l'appendice présentaient une disposition normale.

Section de l'appendice et du méso ; enfouissement du moignon et du méso avec le même fil.

Deux points sur le plan de Bassini ; cinq points superficiels.

État de l'appendice. — Méso infiltré par des ganglions.

L'appendice renferme des matières fécales dures comme du bois, mais aucun liquide. Pas de points hémorragiques. Muqueuse très bosselée.

Ces faits prouvent que l'appendicite herniaire est souvent méconnue, et que, d'autre part, bien des cas d'engouement ne sont que des appendicites.

I. — *L'appendicite herniaire est souvent méconnue.* Dans les 7 observations que nous venons de donner, le médecin a toujours envoyé l'enfant à l'hôpital pour une hernie. L'appendicite a été ignorée.

Et cependant, dans toutes, l'appendicite était grave, puisqu'on a trouvé des adhérences. Aussi, et nous l'avons vu souvent au chapitre I, quand il s'agit d'un appendice beaucoup moins touché, le diagnostic d'appendicite n'est pas même venu à la pensée du médecin traitant.

II. — *L'engouement n'est souvent qu'une appendicite herniaire.*

Je ne veux pas dire que l'engouement n'existe pas ; il est probable que les grosses hernies des gens âgés peuvent s'engouer, mais chez les enfants, il y

a tout lieu de croire que l'engouement n'est que de l'appendicite.

Berger, dit déjà à propos de l'engouement, que si c'est quelquefois un étranglement peu serré, c'est plus souvent une épiplocele enflammée qui peut aller jusqu'à la péritonite herniaire. Il ajoute que les enfants y sont plus prédisposés. Est-ce bien toujours une épiplocele ou bien l'appendice qui est enflammé ?

Jaboulay dit aussi de l'engouement « qu'on le rencontre presque exclusivement dans les hernies du gros intestin », et en parlant des hernies cæco-appendiculaires : « Elles sont un lieu de prédilection de l'appendicite chronique. En interrogeant le malade, on apprend que la hernie devenait douloureuse par moments, mais facilement réductible ; on reconnaît les accidents décrits sous le nom d'engouement herniaire... C'est une véritable dyspepsie appendiculaire. Quelquefois, on assiste à de véritables crises à répétition. »

Osty, en 1900, disait à ce propos : « Si l'on compare les anciennes observations d'engouement et d'inflammation à celles récentes d'appendicite herniaire, on verra qu'il n'y a quelquefois de différence que de degré d'intensité dans les symptômes et que le plus souvent les situations se peuvent exactement superposer. Il est d'ailleurs très rationnel d'admettre que quelques-unes et même bon nombre d'appendicites herniaires peuvent se présenter sous une forme atténuée et guérir à la manière de ces appendicites légères que l'on observe dans la cavité abdominale. Qu'y a-t-il donc d'étonnant qu'à une époque, où toute intervention sanglante était une inquiétude, on ait mis souvent sur le compte de l'engouement et de la péritonite herniaire des phénomènes qui, en réalité, dépendaient d'une appendicite,

mais dont on n'avait pu contrôler anatomiquement la cause, le peu d'importance des symptômes n'ayant pas exigé l'acte opératoire ? » Et plus loin : « Ces formes d'appendicite — l'appendicite catarrhale et l'appendicite chronique à répétition — existent vraisemblablement, quoique rien ne vienne révéler anatomiquement leur présence et nous pensons qu'elles devaient figurer pour bon nombre des anciens engouements et inflammations herniaires. »

Nous venons de montrer dans nos 7 observations que les adhérences, au contraire, révèlent clairement l'existence de ces formes d'appendicite, et nous concluons d'autant plus fermement que dans ces cas où les symptômes étaient minimes, souvent l'appendicite a été prise pour de l'engouement herniaire.

CHAPITRE IV

DE L'ABLATION DE L'APPENDICE SAIN

DANS LA CURE RADICALE DE HERNIE

Faut-il enlever systématiquement l'appendice quand on fait une cure radicale de hernie chez l'enfant ?

Puisque l'appendicite est si fréquente chez les enfants et puisque l'ablation de l'appendice peut se faire par la voie inguinale, il serait rationnel de proposer l'appendicectomie dans la cure radicale de la hernie comme on le fait dans les laparotomies pour tumeur abdominale.

Pour répondre à cette question, nous distinguerons deux classes de faits bien différentes :

- 1° L'appendice est dans le sac ;
- 2° L'appendice n'est pas dans le sac.

Dans ces deux classes de faits, nous rapporterons d'abord les observations pour en tirer des conclusions brèves.

I. — L'appendice est dans le sac

Nous donnons ici 9 observations où l'on a trouvé

dans le sac herniaire lui-même, un appendice sain qui a été enlevé dans tous les cas.

La première de ces observations est celle d'une hernie du diverticule de Meckel : nous ne la citons ici que parce qu'elle avait été prise, d'après les signes physiques, pour une hernie de l'appendice.

OBSERVATION XXXV

Hernie inguinale droite contenant le diverticule de Meckel

Louis-Alexandre C..., neuf ans. La mère l'amène à l'hôpital pour le faire opérer de hernie inguinale droite.

On apprend que l'enfant a, depuis sa naissance, cette hernie, qui ne s'est pas réduite complètement par un bandage.

On voit une grosse tumeur dans le pli de l'aîne du côté droit. Elle n'est pas complètement réductible.

Pas au palper soigneux, on sent à la partie antérieure un cordon arrondi que l'on pense être l'appendice.

Opération le 12 avril 1900 (M. Jalaguier) :

L'incision de la peau et du tissu cellulaire donne pas mal de sang. Incision de 6 centimètres. Mise à nu de l'aponévrose du grand oblique et de l'anneau inguinal. Le sac apparaît alors. On l'ouvre et on le dissèque. On constate à ce moment que le contenu de la hernie est principalement constitué par un diverticule de Meckel long d'environ 14 centimètres et large d'environ 2 centimètres et demi. Ce diverticule s'insère en haut sur l'intestin grêle à environ 4 centimètres du cæcum. Il est pourvu d'un méso qui se perd sur sa face antérieure sous la forme d'un

cordon assez épais descendant jusqu'au voisinage du fond du sac. C'est ce méso qui, avant l'opération, donnait la sensation d'un appendice remontant du sac dans le ventre. Le diverticule est intra-péritonéal, c'est-à-dire compris dans l'intérieur du sac dans une étendue d'environ 8 à 9 centimètres. Au-dessous, le sac le recouvre simplement en passant au-devant et en lui adhérant intimement. Le diverticule adhère d'autre part très fortement par son extrémité terminale renflée en massue, au fond des bourses ; et à ce niveau, vaginale, fibreuse commune et ligament suspendeur des bourses sont fusionnés ensemble. On ne trouve pas de testicule, bien-qu'à un moment donné, on isole le cordon et les vaisseaux spermatiques..

Le diverticule de Meckel, étant libéré de ses adhérences, et son extrémité terminale ayant été régularisée par quelques points de catgut, est rentré dans le ventre. On résèque ensuite le sac après fermeture du collet au catgut. On suture ensemble les muscles transverse et petit oblique, puis le grand oblique. On réunit enfin la peau sans drainage. Toutes les sutures sont au catgut.

17 avril. — Ablation des fils cutanés. Plaie parfaite.

26 avril. — Suppression du pansement. Plaie complètement cicatrisée.

28 avril. — Légère ascension thermique. Il s'est formé un abcès intra-musculaire de la paroi. M. Jalaguier incise sur la cicatrice. Il s'écoule du pus en abondance.

30. — Pansement sur plaie presque cicatrisée.

4 mai. — Pansement humide deux fois par jour.

13 mai. — Exeat. Porte un bandage avec ressort.

OBSERVATION XXXVI

Hernie du cæcum et de l'appendice

Louis Edmond P., quatre ans. Le médecin des Enfants-Assistés de Saint-Saulge (Nièvre) envoie cet enfant pour être opéré de hernie inguinale droite.

Dans la partie droite des bourses, on constate en effet une tumeur qui, du volume d'un œuf de pigeon à son entrée à l'hôpital, atteint maintenant la grosseur d'un œuf de poule. En haut, la tumeur se prolonge dans le canal inguinal qu'elle fait saillir, sous forme d'un pédicule assez volumineux qui la rattache à l'abdomen.

Si on examine la portion des bourses qui recouvre cette grosseur, on y remarque des bosselures comme celles du cæcum, et l'on peut arriver à sentir l'appendice rouler sous son doigt.

La hernie est d'ailleurs sonore et elle se réduit facilement avec gargonillement.

Il n'y a jamais eu de phénomènes d'étranglement et la hernie n'est pas douloureuse.

En palpant soigneusement l'appendice, on décèle son aboutissement sur le cæcum. Il atteint à son origine la grosseur de la moitié du petit doigt et va en s'effilant vers la pointe, dirigée en bas.

À mesure qu'on le palpe, on le sent très nettement augmenter de volume dans toute sa longueur. Il atteint maintenant le volume du petit doigt, et il est dur, rigide, turgescent.

Ce phénomène d'érection fait saillir la peau du scrotum, ce qui nous permet de suivre *de visu* ses différentes phases.

Laissons l'appendice revenir à son état normal et palpons-le de nouveau. Nous le sentons encore entrer en érection. Il ne s'allonge plus suivant son grand axe, mais se place en point d'interrogation, la pointe se courbant et se rapprochant de la base. Des mouvements vermiculaires partent de son extrémité libre pour se propager à son extrémité adhérente et se continuent sur le cæcum qui présente le même mouvement.

Le petit malade est chétif. Son intelligence est peu développée. Il ne parle pas, marche à peine, et laisse ses matières aller sous lui.

Par intermittences, sa température monte brusquement à 40 degrés le soir pour revenir à la normale le lendemain matin. Rien du côté de sa hernie n'explique cette ascension brusque qui est probablement due à l'influence d'un état tuberculeux sous-jacent, bien qu'on trouve peu de chose à l'auscultation.

Opération le 17 janvier 1901 (M. Jalaguier) :

On fait une cure de hernie comme à l'ordinaire, cependant on a soin de réséquer l'appendice contenu dans le sac, mais qui n'y adhère nullement.

OBSERVATION XXXVII

Hernie scrotale du cæcum et de l'appendice

Auguste V..., quatre ans. Enfant assisté de l'agence de Saint-Amand-Montrond. Entré le 18 mars 1903.

On constate à l'examen une grosseur considérable dans le scrotum droit.

Opération le 19 mars 1903 (M. Jalaguier) :

A l'opération, on trouve une large ouverture avec un sac her-

naire considerable. Le cæcum et l'appendice sont descendus dans la bourse.

On enlève l'appendice qui ne présente pas de traces d'antériorité, mais est plus développé que normalement.

19 mars, au soir. — Le petit malade a une température de 37°8.

20 mars. — 38°6 au matin, 38°2 au soir.

24 mars. — 39°4 le soir.

Sort guéri le 28 mai 1903.

Il n'a pas été revu depuis cette époque.

OBSERVATION XXXVIII

Albert O..., treize ans. Cet enfant nous est envoyé de l'agence de Saulieu (Côte-d'Or) par le médecin des Enfants-Assistés avec le diagnostic de hernie inguinale droite.

Quand on l'examine, on voit dans l'aîne une tuméfaction peu volumineuse. En faisant mettre le malade debout et en le faisant tousser, on sent, par un palper soigneux, un cordon arrondi dans le canal inguinal, cordon que M. Jalaguier diagnostique être l'appendice.

Opération le 18 juillet 1906 (M. Veau) : Incision ordinaire. L'orifice externe de l'anneau inguinal est difficile à découvrir. Le sac, peu volumineux, est détaché des éléments du cordon auquel il adhère. A l'ouverture du sac, on constate qu'il ne renferme que l'appendice dans sa totalité.

D'une longueur de 8 centimètres, il est entouré de néoformations séreuses, surtout développées vers la pointe et à la partie postéro-inférieure. Dans son extrémité œcale, il est libre.

Décollement des adhérences, section de l'appendice au ther-

mocautère. Enfouissement du moignon, et non du méso. Résection du sac, très mince.

Bassini.

Une lettre du médecin du 8 février 1914, nous apprend qu'il est à ce moment en « bon état de santé ».

OBSERVATION XXXIX

Hernie du cæcum et de l'appendice

Jules B..., quatre ans. Cet enfant est envoyé de l'agence de Cosne par le médecin des Enfants-Assistés pour être opéré de hernie inguinale droite.

On constate, en effet, une grosseur considérable dans l'aîne du côté droit. On peut la réduire avec gargarillement et l'on sent sur un côté de la tuméfaction un petit cordon qu'on pense être l'appendice hernié en même temps que le cæcum.

L'enfant n'a pas de douleurs abdominales et il ne se défend pas du côté droit.

Opération le 18 août 1908 (M. Veau) :

Difficulté pour ouvrir un sac qui n'existe pas en avant et en haut. L'appendice est libre; résection comme d'ordinaire.

4 points sur le plan profond.

Suture de l'aponévrose du grand oblique.

OBSERVATION XL

Gaston F... Cet enfant nous est envoyé de Varsy (Nièvre) par le médecin des Enfants-Assistés pour être opéré de hernie inguinale gauche.

On voit en effet, quand on l'examine, une tuméfaction volumineuse dans le pli inguinal gauche.

Dans la station debout, le canal inguinal est très distendu ; le scrotum est occupé par une masse sonore où la palpation fait percevoir des gargouillements.

Le testicule est facilement repéré à la partie inférieure des bourses.

À la partie antérieure de la masse herniaire, on sent nettement l'appendice, dont l'extrémité libre est facilement saisie à la partie inférieure.

La hernie se réduit facilement. L'appendice fait hernie le premier, dès qu'on lève la réduction.

Opération le 1^{er} juillet 1910.

Le cæcum et l'appendice sont libres dans le sac herniaire.

Appendicectomie.

Bassini.

OBSERVATION XLI

Hernie inguinale double. — Ablation de l'appendice

Henri B..., cinq ans. Le médecin des Enfants-Assistés de la Charité (Nièvre) nous envoie cet enfant pour être opéré de hernie inguinale double.

Du côté droit, en effet, on voit une petite tuméfaction, de la grosseur d'une noix, occupant le canal inguinal, qu'on peut réduire facilement.

Du côté gauche un anneau très lâche permet l'introduction de l'index qui perçoit une impulsion à la toux.

L'enfant ne se plaint pas de douleurs abdominales. Il mange bien et va régulièrement à la selle.

M. Veau l'a opéré autrefois d'un bec-de-lièvre.

Opération le 20 mai 1912 (M. Veau) :

1° *A droite*, le sac est épais, et s'arrête à la partie moyenne du cordon. La dissection en est facile. Lipome sous-péritonéal. Quand le sac a été disséqué jusqu'en haut, je l'ouvre. L'orifice admet facilement l'index entier. Je reconnais presque aussitôt le cordon de l'appendice, et à ce moment une poussée de l'enfant qui ne dort pas sort l'appendice et 10 centimètres environ d'intestin grêle.

L'appendice est repéré avec des pinces de Chaput. Section du méso. Section du moignon comme à l'ordinaire. L'enfouissement s'est fait avec une remarquable facilité et d'une façon tout à fait typique, moitié pour le méso, moitié pour le moignon.

La paroi fut reconstituée comme à l'ordinaire.

Trois points sur le plan de Bassini, quatre ou cinq sur l'aponévrose du grand oblique.

2° *A gauche*, pas de sac; une veine du cordon saigne et est liée.

Trois points sur le plan de Bassini. Quatre points sur le plan superficiel.

OBSERVATION XLII

Marcel F..., deux ans. Cet enfant nous est envoyé de l'agence d'Ébreuil (Allier) par le médecin des Enfants-Assistés avec le diagnostic de hernie inguinale droite.

On voit en effet dans l'aîne une grosse tuméfaction, réductible avec gargouillement et l'on fait le diagnostic de hernie du gros intestin.

L'enfant ne se plaint pas de son ventre, il n'a pas de troubles digestifs, et ne se défend pas, quand on palpe son côté droit.

Opération le 12 août 1912 (M. Veau) :

Le sac très mince laisse transparaître un cæcum et un appendice au milieu des anses intestinales.

L'appendice est enlevé. Le moignon est enfoui, mais le méso n'est pas enfoui. Deux points sur le plan profond.

Etat de l'appendice. — L'appendice est mou, remarquablement sain, comme on n'en voit jamais.

OBSERVATION XLIII

François S., seize mois. Sa mère l'amène à l'hôpital pour le faire opérer de hernie inguinale droite.

Elle s'est aperçue de cette hernie chez son enfant dès que ses couches ont été finies. C'était une grosse tuméfaction qui descendait dans les bourses. Elle n'augmentait pas de volume par la toux.

L'enfant a toujours été bien portant, il ne s'est jamais plaint de sa hernie, il n'a même jamais eu de douleurs abdominales. Il est cependant grognon et pleureur.

Ses selles sont bien régulières. Au moment de l'éruption des dents, il a eu une légère diarrhée.

Opération le 5 novembre 1912 (M. Veau) :

Incision très courte. L'aponévrose n'est pas reconnue. Le sac est disséqué d'emblée, et on sent tout de suite l'appendice dans son intérieur.

Réséction de l'appendice sain. La libération du cordon a été pénible, car il était très adhérent à la paroi du sac. Section du

sac qui communiquait avec la vaginale. La réfection de la paroi a été mauvaise parce que je n'avais pas reconnu l'aponévrose, et que j'ai pris au hasard.

J'ai néanmoins fait deux plans. Un plan profond avec deux points, un plan superficiel avec deux points.

Sorti le 17 novembre 1912.

Je le revois le 18 février 1914. La mère me dit que deux mois après l'opération, il s'est fait une autre hernie à gauche, qui a toujours été augmentant.

En effet, tandis qu'il a une bonne cicatrice du côté droit, il présente du côté gauche un volumineux oschéocèle dur et tendu.

Il est toujours pleurard et grognon. L'opération n'a pas changé son caractère hargneux.

CONCLUSIONS. — Nous sommes très affirmatifs pour soutenir qu'il faut enlever l'appendice chaque fois qu'on le trouve dans le sac d'une hernie inguinale.

A ce propos, d'ailleurs, l'opinion des auteurs est à peu près unanime.

En 1899, Mézangeau, dans sa thèse, conclut : « Tout le monde est d'accord, aujourd'hui, pour reconnaître la nécessité de l'ablation de l'appendice, même s'il n'est le siège d'aucune altération apparente. »

En 1900, Naquet conclut également dans le même sens.

Il dit qu'on « pourra rentrer l'appendice dans l'abdomen, s'il est manifestement sain », mais qu'il pense « qu'il sera préférable de le réséquer d'emblée ».

Osty, en 1900, Jacquemin, en 1905, dans leur thèse, concluent à la kélotomie avec résection de l'appendice.

Vésignié, en 1903, dit aussi dans les conclusions de sa thèse :
« Le traitement de ces hernies doit toujours comporter la résection de l'appendice. »

II. — *L'appendice n'est pas dans le sac*

Nous rapportons ici 5 cas où l'on a été obligé d'aller à la recherche de l'appendice sain pour pouvoir en faire l'ablation.

OBSERVATION XLIV

Hernie inguinale double. — Ablation de l'appendice

Roger K..., quatre ans et demi. Cet enfant nous est envoyé de Saint-Pourçain (Allier) par le médecin des Enfants-Assistés avec le diagnostic de hernie double.

On constate, en effet, du côté droit, une petite tuméfaction dans l'aîne qui augmente par la station debout et par les efforts de l'enfant.

Du côté gauche, on sent seulement un canal inguinal large avec une petite impulsion à la toux.

Le médecin ne parle pas de douleurs abdominales et l'enfant ne se défend pas particulièrement quand on palpe son côté droit.

Opération le 16 novembre 1910 (M. Veau):

1^o *A droite.* — Petite incision. Dissection du sac très facile. Il n'arrive pas jusqu'au testicule. Je l'ouvre à sa partie inférieure et vois son entonnoir. J'entre mon doigt dans l'abdomen. J'ai beaucoup de peine pour traverser le canal parce qu'il est très étroit. Quand j'y suis arrivé, mon index a facilement senti l'appendice.

Je l'ai amené au dehors avec facilité et le cæcum ne venait qu'avec peine. Quand j'ai eu le fond du cæcum, j'ai enlevé l'appendice comme à l'ordinaire et je l'ai enfoui sans peine. Mais le méso tendait fortement : je n'ai pu l'enfouir.

Trois points sur le plan de Bassini.

Trois points sur l'aponévrose.

2° *A gauche.* — On ne croyait pas qu'il y avait un sac, mais on en a trouvé comme du côté droit.

Trois points sur le plan de Bassini.

OBSERVATION XLV

Georges P..., deux ans. Le médecin des Enfants-Assistés de Saulieu (Côte-d'Or) nous envoie cet enfant avec le diagnostic de hernie inguinale double et d'appendicite.

On voit en effet une grosseur dans chaque aine que les cris de l'enfant font augmenter de volume.

Opération le 9 mars 1911 (M. Veau) :

1° *A droite.* — Le sac est rempli de liquide. Le cordon très mince descend jusqu'au testicule dont la vaginale est ouverte et non suturée. La vessie se voit au niveau du collet. Le sac est ouvert, du liquide s'écoule. La paroi péritonéale est d'une friabilité excessive, l'orifice mesure largement le calibre du pouce. L'intestin est amené au dehors sur une longueur d'une dizaine de centimètres. L'appendice n'y est pas, mais on le sent facilement dans la fosse iliaque droite ; on le saisit avec un peu de peine, et on l'amène hors du ventre. Il est fixé dans la profondeur par son méso, et quand le méso est lié, il vient facilement. Section au thermocautère. Enfouissement. La fermeture de l'orifice péri-

tonéal a été un peu laborieuse à cause de la présence de la vessie.

Deux points sur le plan profond.

2^e *A gauche.* — Le sac renferme de même du liquide. Les éléments du cordon sont remarquablement fixes. On ne voit pas de fibreuse commune. Le sac descend jusqu'au testicule. La vaginale est refaite.

Deux points sur le plan profond.

L'aponévrose superficielle est excessivement mince.

Cinq points sur cette aponévrose.

OBSERVATION XLVI

Eugénie M..., quatorze ans. Cette grande fille nous est envoyée de l'agence de Saint-Pol par le médecin des Enfants-Assistés pour être opérée de hernie inguinale droite.

Elle nous dit que depuis assez longtemps elle a une grosseur dans l'aîne, qui a toujours été en s'accroissant.

En ce moment, elle présente du côté droit une petite tumeur de la grosseur d'une noix dans le canal inguinal.

Le doigt, introduit dans le canal qui est large, réduit très bien la hernie.

Opération le 26 août 1914 (M. Veau):

Petite incision de hernie. Le sac, épais, est facilement trouvé et isolé. Un petit orifice est fait à l'extrémité, par lequel l'index gauche est introduit. On sent immédiatement l'appendice, dur, rigide, *d'une extrême mobilité*. Il file sous le doigt comme une aiguille. A deux reprises, j'ai cru l'amener à l'orifice en vain. J'ai fendu le sac jusque près du collet et je l'ai amené sans peine. Je le sentais se mettre en erection sous mon doigt. Je crois que je l'ai amené en le prenant de dedans en dehors (mon doigt

du côté du méso): tandis que je ne l'amenais pas si je le prenais de dehors en dedans, l'appendice avant le méso.

Ligature de l'appendice et du méso comme à l'ordinaire. Le moignon est enfoui par une bourse. Le méso n'est pas enfoui.

Ligature du collet. Trois points sur le plan profond. Cinq ou six sur le plan superficiel.

État de l'appendice. — A la section de l'appendice au thermocautère, il ne s'est pas écoulé de liquide comme à l'ordinaire. L'appendice est long, épais; dans toute la longueur des matières fécales moulées le remplissent jusqu'à la pointe. La muqueuse épaisse de 2 millimètres, est d'un blanc pur. Aucune suffusion sanguine comme l'on voit toujours. Elle est gaufrée, très régulière. On y voit l'orifice des glandes. La séreuse seule est distincte de la couche profonde (muqueuse et musculaires réunies).

OBSERVATION XLVII

Hernie inguinale droite. Ablation de l'appendice

Lucien F... vingt et un mois. — La mère l'amène à l'hôpital pour qu'il soit opéré d'une hernie inguinale droite.

C'est un enfant qui a toujours été gros, mais un peu pâle.

A sa naissance, la mère constate une hernie ombilicale qui disparaît par l'application d'une pelote. Elle constate aussi, huit jours après sa naissance, une hernie inguinale, qui descendait dans les bourses. La mère pouvait la réduire, et elle donnait la sensation de gargouillement. Aussitôt lâchée, elle redescendait dans les bourses. Elle était plus grosse qu'un œuf.

Par deux fois, il fait des crises douloureuses, très vives, qu'on attribue à sa hernie. La mère vient aussitôt à l'hôpital: on lui

dit qu'il faut opérer l'enfant de sa hernie, on ne parle pas d'appendicite concomitante.

Il est constipé, ne va à la selle qu'avec des lavements et l'on trouve des peaux blanchées dans les selles.

Son appétit est capricieux, il mange beaucoup par moments et pas du tout à d'autres.

On voit actuellement une hernie grosse comme un œuf de poule, facilement réductible.

L'enfant n'a pas de défense du côté droit.

Opération le 20 décembre 1911 (M. Veau) :

J'avais interrogé la mère sur les antécédents intestinaux ; j'avais conclu à l'absence de toute appendicite et je me proposais de ne pas enlever son appendice. Le sac, excessivement mince, est enveloppé d'une fibreuse commune très épaisse. La dissection de ce sac a été laborieuse. Mais il a pu être disséqué complètement sans être crevé. J'ai ouvert le sac, quoique très mince, pour me conformer à l'usage. L'orifice abdominal est très large, l'index y entre avec la plus grande facilité. La première chose qu'il rencontre, c'est l'appendice qui vient tout seul hors du ventre. Il est absolument sain, mais je ne peux résister au désir de l'enlever, ce qui se fait sans aucun incident. Le cæcum était très mobile, car il vient au dehors plus qu'on ne le désirerait. De même, le méso était très long. L'enfouissement a pu en être fait absolument comme par incision haute.

La réfection de la paroi a été faite comme à l'ordinaire. Deux points sur le plan de Bassini, cinq points sur le plan superficiel.

Sorti le 28 décembre 1912.

Je le revois le 20 février 1914. Depuis son opération, il a des alternatives de maigreur et d'embonpoint. Douze jours après

l'opération, il était gros, puis il diminue pendant quelques jours pour augmenter ensuite.

Les douleurs abdominales ont disparu.

Aussitôt après l'opération, il a été constipé. Maintenant il va régulièrement à la selle.

Sa cicatrice est très belle.

OBSERVATION XLVIII

Jean T..., cinq ans. Le médecin des Enfants-Assistés de l'agence de Varsy (Nièvre) nous l'envoie pour hernie inguinale droite.

C'est un volumineux oschéocèle de la grosseur d'une pomme, mais qui se réduit facilement avec gargarillement.

D'ailleurs, elle n'est pas douloureuse, et jamais il n'a eu de douleurs abdominales ni de vomissements.

On n'avait pas fait le diagnostic de cæcum dans la hernie avant l'opération.

Opération le 6 mars 1914 (Rougier, interne).

Incision de 2 cm. 5 environ. A l'ouverture du sac, qui est recouvert d'un crémaster très épais, apparition du cæcum adhérent à sa partie externe par une bride fibreuse.

L'appendice est facilement amené : appendicectomie, enfouissement facile du moignon.

Fermeture du sac.

Trois points sur la paroi postérieure. L'arcade crurale est peu nette. Il est très difficile de saisir du tissu résistant. Du côté interne, on prend la gaine du droit.

Bassini.

L.-J. Dautheuil

L'aponévrose du grand oblique est assez résistante. Les deux piliers qui étaient extrêmement écartés sont rapprochés.

Un crin et quatre agrafes.

État de l'appendice. — L'appendice est absolument sain.

Conclusions. — Il est beaucoup plus difficile d'avoir un avis ferme dans ces cas où l'appendice ne se trouve pas dans le sac, et l'opinion que nous émettons ne saurait être que celle du moment présent. Elle est susceptible de revision.

Nous verrons, au chapitre suivant, que les conclusions auxquelles nous arrivons au point de vue technique, c'est que l'ablation de l'appendice par la voie inguinale ne doit être défendue que chez les petits enfants.

C'est d'après cette opinion que nous basons nos conclusions sur l'ablation de l'appendice sain.

Nous croyons que la recherche et l'ablation de l'appendice par la voie inguinale peut être tentée systématiquement dans la cure radicale de la hernie inguinale droite chez le petit enfant.

Par contre, nous pensons qu'il est préférable de s'en abstenir chez l'enfant plus âgé.

Et si l'on nous demandait de préciser vers quel âge nous pensons que cette appendicectomie doit être tentée, nous dirions volontiers qu'au-dessous de quatre ou cinq ans, elle est justifiée ; au-dessus, elle est plus difficile à défendre.

Mais cette limite d'âge est bien arbitraire et artificielle ; ici, comme partout, c'est une question d'es-

pèce beaucoup plus qu'une question de principes.

En fait, nous serions partisan de proposer aux parents l'ablation systématique de l'appendice chez les petits enfants au-dessous de cinq ans, mais nous n'attendrions qu'une sollicitation impérieuse de la part des parents d'enfants plus âgés.

Pour justifier cette prétention qu'il serait bon de faire l'ablation systématique de l'appendice dans la cure radicale de la hernie, nous rapportons cinq observations d'enfants qui avaient été opérés dans le service de cure radicale de hernie et qui sont revenus ensuite pour une appendicite.

OBSERVATION XLIX

*Enfant opéré de hernie double revenu pour appendicite
six ans après*

Maurice M..., onze ans. Sa mère l'amène pour la première fois aux Enfants-Assistés en 1905.

On constate une fistule à l'anus que M. Jalaguier opère.

L'année d'après, la mère revient parce que l'enfant a des douleurs dans l'aine. On diagnostique une hernie inguinale double.

Opération le 26 janvier 1906 (M. Jalaguier). — Côté gauche, Résection d'un sac avec petit lipome herniaire. Bassini.

Côté droit. Pas de sac. Un catgut pour fermer l'orifice du canal inguinal.

L'enfant sort le 8 février 1906, guéri ; mais aussitôt après, il fait une diphtérie traitée aux Enfants-Malades.

Depuis, l'enfant est demeuré pâlot et malingre. Sa mère dit qu'il est toujours de mauvaise humeur, hargneux, coléreux.

A neuf ans, il éprouve des maux de tête violents, pendant trois ou quatre jours. Il a quelques vomissements, mais ses selles sont régulières et ne contiennent pas de peaux blanches. Quelques douleurs abdominales décident la mère à venir consulter. Elle l'amène à la consultation le 28 novembre 1912, aussitôt après ces troubles.

On l'examine et l'on trouve en effet des douleurs à la palpation de la fosse iliaque droite, de la défense musculaire, et, à ce moment, de la constipation qu'il conserve pendant les jours qui précèdent son opération.

La cicatrice de l'opération de la hernie faite par M. Jalagnier en 1906 est revue. Du côté droit, elle est un peu longue, mais la reconstitution de la paroi est parfaite.

Opération le 9 décembre 1912 (M. Veau) :

Incision latérale. L'appendice est très facilement trouvé. Il renferme des gaz. Ablation facile. Le méso a été solidarisé avec le fil de fermeture du moignon de l'appendice.

Il sort guéri le 22 décembre 1912. Depuis, il va mieux, mais il est toujours un peu pâle. Les douleurs de tête lui ont repris, toujours par intervalles de trois ou quatre jours chaque deux mois. Il est encore hargneux, et il a des crises de colère¹ qui s'apaisent net. Il conserve quelques vomissements.

16 février 1914. — Les cicatrices de hernie et d'appendicite sont en bon état. Il n'a pas de défense musculaire du côté droit.

OBSERVATION L

*Enfant opéré de hernie double, revenu pour appendicite
un an après.*

Gilbert M..., huit ans. La mère l'amène à l'hôpital pour le faire opérer de hernie inguinale double, le 15 février 1909.

Du côté droit, la hernie est congénitale et les parents l'avaient constaté chez l'enfant dès sa naissance. Elle est plus marquée qu'à gauche.

Du côté gauche, la hernie est apparue il y a seulement trois semaines.

La mère se décide alors à le faire opérer. On trouve deux canaux inguinaux très larges.

Opération le 22 février 1909 (M. Veau) :

Cure radicale par le Bassini.

Les deux sacs étaient inhabités.

Il sort le 7 mars 1909, guéri.

La mère le ramène à l'hôpital le 22 mars 1910. Depuis une huitaine de jours, l'enfant se plaint de douleurs abdominales et il a des nausées. Sa mère l'a purgé et mis au lit. Il a vomi une seule fois des glaires et un peu de bile.

Il a également des glaires dans les selles. Fièvre légère.

Après deux ou trois jours de mieux, il a de nouveau des nausées et une fièvre un peu plus intense.

On le met à la diète et il a de la glace sur le ventre.

A l'hôpital, du 22 au 28 mars, la température se maintient aux environs de 37 degrés.

28 mars. — Il y a une légère ascension à 38 degrés, et il redescend ensuite à la normale.

On lui met de la glace tous ces jours-là et on ne la lui supprime que le 31 mars.

14 avril. — Tous ces symptômes de crise ont disparu. Il n'y a plus de douleurs spontanées dans la fosse iliaque droite. La palpation n'occasionne pas de douleur, mais elle révèle une résistance plus grande de la paroi à droite. De ce côté, on déprime moins facilement qu'à gauche.

L'état général est bon, il n'y a pas de constipation.

Opération le 22 avril 1910 (M. Veau) :

On fait une incision de Jalaguier.

À la pointe de l'appendice, il y a quelques adhérences faciles à rompre.

Examen de l'appendice. L'appendice contenait au niveau de sa partie moyenne une goutte de pus, dans laquelle se trouvaient des oxyures.

OBSERVATION LI

*Enfant opéré de hernie inguinale gauche ayant fait une
appendicite un mois après.*

Pierre C..., dix ans. Cet enfant est envoyé d'Arnay-le-Duc (Côte-d'Or) par le médecin des Enfants-Assistés pour être opéré de hernie inguinale gauche.

On constate en effet en l'examinant une tuméfaction dans l'aîne de ce côté. Si on place un doigt dans le canal inguinal, on sent une masse pâteuse, que l'on réduit facilement et qui donne une impulsion à la toux.

Opération le 6 août 1910 (M. Veau) :

Le sac épais descend jusqu'au testicule.

Ligature en haut, ligature en bas.

Bonne paroi ; pas de points profonds.

Suture de la paroi antérieure.

La convalescence traîne un peu, et pendant qu'il était encore à l'hôpital, il présente de la douleur dans la fosse iliaque droite. On trouve de la défense musculaire, avec douleur au point de Mac-Burney et on diagnostique une appendicite. On se résout à lui enlever son appendice.

Opération le 14 septembre 1910 (M. Veau) :

Incision de la gaine. Aussitôt l'ouverture du péritoine accomplie, il s'écoule un liquide séreux. Le fond du cæcum est adhérent à la paroi, mais on trouve au-dessus de lui l'appendice libre, turgescant surtout au niveau de sa pointe.

Ablation normale.

État de l'appendice. — Appendice très épais, turgescant : rien dans sa cavité.

11 février 1914. — Nous recevons une lettre de son médecin, qui nous annonce que cet enfant est en très bonne santé. « La paroi abdominale au niveau de la hernie gauche opérée est très résistante. »

OBSERVATION LII

*Enfant opéré de hernie double revenu deux ans après
pour appendicite*

Robert H..., sept ans. Le père amène l'enfant à l'hôpital le 5 novembre 1912 pour le faire opérer de hernie inguinale double.

Vers l'âge de deux ans, on voyait déjà une petite saillie dans l'aîne gauche. A six ans, un médecin diagnostique une hernie inguinale gauche.

La hernie est parfois douloureuse ; mais c'est plutôt une pesanteur que de petites crises d'étranglement.

C'est d'ailleurs cette sensation de tiraillement qui décide le père à nous amener l'enfant.

Il présente une hernie inguinale gauche du volume d'une noix qui descend dans les bourses.

À gauche, le canal inguinal est large, et on a une impulsion à la toux.

Opération le 11 novembre 1912 (M. Veau) :

À gauche. — Sac très facile à disséquer, s'arrêtant à la partie moyenne des bourses. La vessie apparaît au niveau du collet du sac. Deux points sur un bon plan de Bassini, quatre points superficiels.

À droite. — Pas de sac.

Un point sur un bon plan de Bassini.

Quatre points superficiels.

Sorti le 19 novembre 1912.

Le père nous ramène l'enfant le 30 mars 1914. Six mois après son opération, il souffre au niveau de sa cicatrice du côté droit. Cette douleur, légère, mais continue, persiste jusqu'au moment où il fait une crise aiguë.

Il y a un mois, l'enfant a de l'inappétence, un peu de constipation. Puis le 15 mars, il a tout d'un coup une fièvre de 40 degrés. Il est resté constipé pendant deux jours. Le 20 mars, il fait un vomissement alimentaire et glaireux. Le médecin appelé, lui fait mettre des compresses chaudes sur le ventre et le met à la diète.

Il y a deux jours, il refait une petite crise douloureuse à droite et le père nous l'amène

On trouve en ce moment une douleur au point de Mac Burney

et l'enfant se défend avec un tiraillement quand on palpe sa paroi.

On va l'opérer dans quelques jours pour son appendicite.

OBSERVATION LIII

*Enfant opéré par nous d'une hernie, qui est revenu
pour appendicite deux mois après*

Joanny B..., douze ans et demi, vient à la consultation le 10 janvier 1913 pour une hernie inguinale gauche. C'est plutôt une faiblesse de la paroi qu'une vraie hernie. Les organes génitaux sont un peu atrophiés : bourses minuscules, testicules petits.

Opération le 20 janvier 1913 (M. Veau) :

L'orifice inguinal externe est large. A côté du cordon, on ne trouve pas de sac, mais des franges lipomateuses qui sont enlevées. En tirant sur ces franges, on amorce une évagination péritonéale.

La paroi est refaite soigneusement.

Trois points sur le plan profond.

Quatre points à l'aponévrose antérieure.

L'enfant sort le 30 janvier 1913 et la mère nous le ramène le 1^{er} avril 1913.

L'enfant qui se plaignait du ventre, depuis quelques mois, a été pris de douleurs vives dans la fosse iliaque droite, il y a quelques jours. Vomissements. Constipation. Grande défense dans la fosse iliaque. On garde l'enfant quelques jours à la diète avec des compresses humides.

Opération le 8 avril 1913.

Longue incision de la gaine.

Je ne trouve pas d'abord le caecum. La fosse iliaque est libre. Mais je vois un méso des artères ombilicales très développé. Je trouve l'appendice, sans avoir vu le caecum, tout en haut de la fosse iliaque, collé sur la paroi postérieure, fortement incurvé sur lui-même. Après l'avoir libéré des adhérences, je peux l'amener au dehors et l'enlever sans incident.

L'enfant n'a pas été revu.

Cette observation constitue un beau type d'erreur de diagnostic. Il est certain qu'au mois de janvier, si nous avions interrogé la mère avec plus de soin, si nous avions palpé sa fosse iliaque droite (pour une hernie inguinale gauche) nous n'aurions pas méconnu une appendicite qui existait au moment de notre intervention.

Le professeur Reclus disait déjà, à ce propos, dans *la Gazette des Hôpitaux*, année 1894, que les récidives d'appendicite sont si fréquentes, qu'on voit si souvent les malades venir réclamer d'eux-mêmes le secours du chirurgien, après avoir été guéris médicalement jusqu'à seize fois, qu'on ne doit pas hésiter à réséquer l'appendice, chaque fois que l'occasion se présente.

De même, M. Gosset, dans *le Journal de Chirurgie* de juillet 1910, affirme que « chaque fois qu'une opération est pratiquée sur les viscères abdominaux, que cette opération est, en elle-même, de nature bénigne et que l'incision permet un accès plus ou moins facile sur la région iléo-cæcale, il faut s'efforcer de pratiquer l'ablation de l'appendice ». « C'est ce que je fais depuis trois ans, dit-il, au cours de la cure de la hernie inguinale droite. »

CHAPITRE V

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Il est bien entendu que nous ne nous occuperons dans ce chapitre que de l'ablation de l'appendice qui nest pas logé dans une hernie.

Il est évident que, lorsqu'on trouve un appendice dans le sac, on l'enlève aussi facilement que dans l'opération d'appendicite ordinaire.

Nous avons traité cette question au chapitre IV.

Nous ne décrirons dans ce chapitre que la technique à suivre dans l'appendicite coexistant avec la hernie inguinale droite.

De Pindray, en 1898, dans une thèse, inspirée par le docteur Guinard, conclue en disant que « si au cours de l'intervention, on constate quelque chose d'anormal, comme la présence d'un peu de sérosité ou un épiploon légèrement enflammé, il faudra prolonger son incision et aller explorer l'appendice ».

Rousseau, en 1902, dans une thèse sur « les incisions et sutures esthétiques en chirurgie abdominale et gynécologique » conclue qu'à ce point de vue, une seule incision, est préférable dans la cure de la hernie inguinale droite et de l'appendicite.

De Sauvejunte, en 1905, dans une thèse inspirée par le pro-

fesseur Tixier, de Lyon, conclue de deux manières différentes selon que l'appendicite est aiguë ou subaiguë.

I. — Il y a concomitance d'appendicite subaiguë et de hernie inguinale droite.

Plusieurs procédés peuvent être employés.

a) On cherche l'appendice par l'incision de la cure radicale de hernie.

« Après avoir pratiqué la kélotomie par le procédé ordinaire, on introduit son doigt dans l'anneau inguinal et allant jusque dans la fosse iliaque, on recherche l'appendice. »

Mais on le trouve souvent adhérent.

« Ce procédé n'est pas évidemment à conseiller, puisque l'opération n'a pas pu être complète. »

Vaut-il mieux alors adopter un autre procédé?

b) On peut pratiquer la cure radicale de la hernie par l'incision de l'appendicectomie.

Lawson Tait et Annandale ont pratiqué cette méthode il y a trente ans pour la cure radicale de la hernie en général. Ils faisaient une laparotomie médiane et attiraient la hernie par dedans.

Mais si le sac présente des adhérences, il ne se laissera pas attirer, et comment fermera-t-on l'orifice herniaire? Lawson Tait le refermait, mais cette opération est ainsi plus compliquée.

c) Reste enfin la hernio-laparotomie. On prolonge l'incision de la cure radicale de hernie, on ouvre le sac et on transforme l'orifice du collet en une plaie péritonéale de laparotomie.

C'est ce dernier procédé que recommande de Sauvejunte ajoutant que la paroi, après avoir été incisée et suturée soigneusement, est plus résistante même qu'une paroi normale.

II. — Il y a appendicite aiguë et hernie inguinale droite.

Il faut toujours pratiquer l'appendicectomie et ne proposer la cure radicale de hernie qu'après guérison complète.

Marque, dans une thèse de Bordeaux, en 1906, conclue : « Il y a toujours intérêt, selon nous, à débarrasser le malade de ses deux affections par une seule incision, la hernio-laparotomie.

» La hernio-laparotomie sera appliquée à l'appendicite subaiguë ou chronique coexistant avec une hernie inguinale droite simple, et à l'appendicite aiguë coexistant avec les troubles précités d'une hernie droite.

» La hernio-laparotomie permettra d'aller à la recherche de l'appendicite, au cours d'une cure radicale ou d'une kélotomie, dans les cas de diagnostic incertain, sans augmenter les risques du malade.

» En présence d'une appendicite aiguë ou suraiguë, nécessitant une intervention immédiate et coexistant avec une hernie inguinale simple, on opère tout d'abord l'appendicite : et ce n'est qu'après guérison qu'on pourra proposer au malade la cure radicale de sa hernie. »

Caillaud, en 1908, dans une thèse inspirée par Guinard, conclut en proposant la hernio-appendicectomie dans le cas de hernie droite, et « deux incisions dans le cas de hernie gauche. »

Enfin, Gillot en 1909, dans une thèse inspirée par M. Siegel, sur « la hernio-appendicectomie » nous avertit que cette opération doit être faite dans tous les cas de hernie inguinale non compliquée et d'appendicite refroidie, mais qu'il faut faire deux incisions, s'il y a des adhérences de l'appendice, ou si le cæcum trop haut situé, ne peut être attiré au dehors.

M. Siegel, dans un article sur la cure radicale simultanée de l'appendicite et de la hernie inguinale droite, propose une seule incision dans tous les cas de hernie inguinale et d'appendicite

refroidie, et deux incisions, « lorsqu'on tombe sur des adhérences nombreuses et serrées qui rendent nécessaire une large ouverture de l'abdomen ». En somme, les conclusions de cet article et celles de la thèse qui en est inspirée sont superposables.

M. Gosset, dans *le Journal de Chirurgie* de juillet 1910, indique sa technique opératoire pour appendicectomie et cure radicale de la hernie inguinale droite.

Chaque fois qu'il lui est facile d'abaisser le cæcum, que l'appendice n'est pas adhérent, ni retro-cæcal, il pratique l'appendicectomie à travers le sac.

Mais dans tous les cas où ces conditions ne peuvent être réalisées, il fait l'appendicectomie par dissociation.

On agrandit, par en haut, l'incision cutanée de la hernie, on décolle largement les deux lèvres du grand oblique, on sectionne transversalement ou on dissocie le plus haut possible le petit oblique et le transverse et l'on arrive immédiatement derrière sur le cæcum et l'appendice, qu'on résèque facilement.

Fait important: dans cette technique, on ne peut, après la dissociation du petit oblique, abaisser le tendon conjoint pour faire un Bassini. Gosset abandonne le Bassini et reconstitue deux plans, soit en avant, soit en arrière du cordon.

On a donc le choix entre deux procédés :

- 1^{er} Enlever l'appendice par la voie inguinale ;
- 2^o Opérer la hernie et l'appendicite par deux incisions séparées.

I. — VOIE INGUINALE

Nous venons de voir que cette voie était celle préconisée par la majorité des auteurs, probablement

parce que ceux qui opéraient l'appendicite par une voie différente de la voie inguinale n'éprouvaient pas le besoin de décrire un procédé qui n'avait rien d'original ; et de ce que tous les auteurs ont préconisé la voie inguinale, il ne faudrait pas en conclure que tous les chirurgiens suivent cette voie.

Sur 30 observations — nous ne comprenons pas en effet les cas dans lesquels l'appendice était dans le sac, ni ceux où il y a concomitance d'une appendicite avec une ectopie ou une hernie inguinale gauche — nous avons ici 18 ablations par la voie inguinale.

II. — ABLATION DE L'APPENDICE ET DE LA HERNIE PAR DEUX INCISIONS

C'est le procédé qu'emploie toujours M. Jalaguier et, sur 30 observations, il a été fait douze fois, quatre fois par M. Jalaguier, huit fois par M. Veau.

En réalité, l'intervention est double :

1^{re} Ablation de l'appendice suivant la technique ordinaire ;

2^o Cure radicale de la hernie par les procédés habituels.

Valeur des deux procédés. — Chacune de ces méthodes a ses avantages et ses inconvénients. Il suffit de voir les cas où les avantages l'emportent sur les inconvénients.

Voie inguinale. — *Avantage* : Une seule incision.

Inconvénients. — A. — Difficultés pour voir l'appendice. — C'est dans les cas exceptionnels que l'écarteur peut remonter assez haut la paroi abdominale pour apercevoir l'appendice ou le cæcum.

B. — Difficultés d'amener l'appendice à l'extérieur. — Souvent nos observations mentionnent que le doigt sent l'appendice, mais qu'il file « comme une anguille » et que c'est avec peine qu'on l'amène au collet du sac.

De plus, les adhérences sont là quelquefois pour l'empêcher d'être attiré à l'extérieur.

C. — Nous n'avons jamais eu de difficultés pour réséquer et enfouir l'appendice, mais par contre il nous a été souvent impossible d'enfouir le méso, six fois sur dix-huit ; ou bien il n'a été enfoui qu'à moitié, cinq fois sur dix-huit.

D. — Mais la grosse objection que nous faisons à cette voie c'est le danger d'une hémorragie, si le fil de ligature du méso arrivait à lâcher.

Souvent en effet pour amener le fond du cæcum hors du sac, on est obligé d'exercer des tractions prolongées sur la fin de l'intestin grêle et du mésentère. C'est donc sur un méso très tendu qu'on met le fil de ligature. Quand on a sectionné le méso-appendice en aval de ce fil de ligature, le pédicule se rétracte très fortement en haut et n'est retenu à l'extérieur (pour un temps très court) que par la traction qu'on exerce sur le fil à ligature. Dès qu'on a coupé ce fil, le méso rentre brusquement et avec force dans l'abdomen.

On conçoit que, entre le moment où l'on a coupé le méso et le moment où on a coupé le fil, il puisse y avoir glissement des vaisseaux. Si tout le méso a quitté le nœud, le fil reste dans la main ; on sait que le méso n'est pas lié, on peut par une opération plus complexe retrouver ce méso, le pincer et le lier.

Mais il peut y avoir accident plus grave. Théoriquement, le vaisseau qui est tendu plus que le péritoine, peut fuir en glissant sous un fil trop peu serré et il se fait alors une hémorragie sous-péritonéale qui peut être très grave.

Donc, en dehors des cas où il est impossible d'amener l'appendice, nous croyons que la principale objection qu'on peut faire à la voie inguinale, c'est le danger d'hémorragie par insuffisance de ligature du méso.

Dans quels cas les avantages l'emportent-ils sur les inconvénients ?

Tous les inconvénients que nous venons d'indiquer n'existent que dans les cas de cæcum soudés à la fosse iliaque et dans les mésentères courts. Ces cas n'existent à peu près pas chez les enfants au-dessous de cinq ans, l'anatomie nous l'apprend, et la clinique nous le prouve. Sur 18 cas d'appendices enlevés par voie inguinale dans nos observations, il y en a huit d'enfants au-dessous de cinq ans, et l'opération a été facile six fois. Il y a, d'autre part, 10 cas où ces enfants ont plus de cinq ans, et l'opération l'a été seulement cinq fois.

Conclusion. — *La voie inguinale nous semble devoir être préférée chez le jeune enfant* (1).

Voie double. — *Avantages* : Possibilité d'enlever *tous* les appendices avec le maximum de sécurité. *Inconvénients*. Faire deux incisions.

En réalité, cet inconvénient est un peu illusoire, parce que, quand on enlève un appendice par la voie inguinale, on est obligé de remonter l'incision.

Il n'est pas rare d'avoir des sections de 6 à 8 centimètres — M. Gosset parle de 8 centimètres — et quand on enlève l'appendice par la la voie iliaque et la hernie par la voie inguinale, on a souvent deux incisions beaucoup plus courtes : 3 centimètres pour l'appendice et 2 centimètres pour la hernie.

Dans quels cas les avantages l'emportent-ils sur les inconvénients ?

Nous croyons qu'il est préférable d'avoir recours à deux incisions :

1^{re} Quand on a des raisons de supposer que l'appen-

1. Il y a encore des cas où la voie inguinale peut être employée systématiquement chez les enfants ou chez les adultes : ce sont ceux où la radiographie montrerait un cæcum bas placé et très mobile.

Et même cette conception est plus théorique que pratique. Car dans un cas, chez une jeune fille de vingt-cinq ans, la radiographie avait montré un cæcum descendant si bas dans le petit bassin que les médecins avaient refusé le diagnostic d'appendicite ; et cependant on a trouvé un appendice scléreux, inclus dans le péritoine de la fosse iliaque. Il eût été absolument impossible de l'enlever par la voie inguinale.

La radiographie aurait pu faire croire que la voie inguinale était possible, et elle nous aurait induit en erreur pour le choix de la meilleure technique opératoire.

dice sera adhérent, c'est-à-dire quand il y a eu des crises graves ;

2° Chez les enfants un peu âgés et à plus forte raison chez l'adulte, chez qui le travail de coalescence du péritoine aboutit souvent à une fixité du cæcum qui peut rendre l'intervention par la voie inguinale impossible.

En résumé, les deux incisions doivent toujours être préférées chez l'adulte et dans la seconde enfance.

CONCLUSIONS

I. — *a)* Une hernie inguinale ne doit pas être douloureuse.

b) Un enfant qui se plaint du ventre, quand il a une hernie, doit être suspect d'appendicite.

c) C'est le devoir du médecin d'examiner systématiquement l'appendice de tout enfant qui vient le consulter pour une hernie.

II. — Si l'enfant a une ectopie testiculaire, les douleurs de l'appendicite sont toujours attribuées à l'ectopie.

III. — On trouve souvent des lésions d'appendicite chronique chez les enfants qui ont présenté des accidents aigus de hernie inguinale droite, diagnostiqués engouement.

IV. — L'ablation systématique de l'appendice sain dans la cure radicale de hernie inguinale droite mérite d'être envisagée :

a) Si l'appendice est dans la hernie, c'est le devoir strict du chirurgien d'en faire l'ablation.

b) Nous sommes portés à préconiser l'ablation systématique de l'appendice sain dans la cure radicale de hernie inguinale droite chez le jeune enfant.

c) Mais nous la rejetons chez l'adolescent et chez l'adulte.

V. — La voie inguinale doit être suivie chez le jeune enfant, mais dans la seconde enfance et dans l'adolescence, il est préférable d'enlever l'appendice par la voie iliaque et de faire la cure radicale de hernie par les procédés ordinaires.

Vu : le Président de la thèse,

RECLUS

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BERGER.** — Article « Hernies », *in* Duplay et Reclus, t. VI, 2^e éd.
- BRUN et VEAU.** — Article « Appendicite » *in* Traité des maladies de l'enfance, 2^e éd.
- CAILLAUD.** — De la coexistence de l'appendicite chronique et de la hernie. Thèse de Paris, 1908.
- Congrès de Chirurgie, 1906. Séance du vendredi 5 octobre.
- GILLOT.** — Contribution à l'étude de la hernio-appendicectomie. Thèse de Paris, 1909.
- GOSSET.** — Journal de Chirurgie, 1910, t. II, juillet, p. 1.
- GUINARD.** — Les Erreurs de diagnostic causées par la coexistence de l'appendicite chronique et des hernies (Bull. Soc. Chir., janv.-fév.-mars 1904).
- Article « Appendicite » *in* Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet, t. XXIV, 1910.
- JABOULAY.** — Article « Hernies » *in* Le Dentu et Delbet, t. XXV, 1908.
- JACQUEMIN.** — Etude clinique de l'appendicite herniaire inguinale et crurale. Thèse de Paris, 1905.
- JALAGUIER.** — Article « Appendicite » *in* Duplay et Reclus, t. VI, 2^e éd.
- MARQUE.** — De la coexistence de l'appendicite et de la hernie inguinale droite. Traitement opératoire. Thèse de Bordeaux, 1905.
- MÉZANGEAU.** — Contribution à l'étude des hernies de l'ap-dice iléo-cæcal. Thèse de Paris, 1899.

NAQUET. — Contribution à l'étude des hernies de l'appendice vermiculaire et de leurs complications. Thèse de Paris, 1900.

OSTY. — De l'appendicite herniaire. Thèse de Paris, 1900.

PINDRAY (de). — Contribution à l'étude des difficultés du diagnostic de l'appendicite dans les cas de hernie droite concomitante. Thèse de Paris, 1898.

RECLUS. — Gazette des Hôpitaux, 1894.

ROUSSEAU. — Les Incisions et sutures esthétiques en chirurgie abdominale et gynécologique. Thèse de Paris, 1903.

SAUVEJUNTE (de). — Contribution à l'étude de l'appendicite et de la hernie inguinale droite concomitante Thèse de Lyon, 1905.

SIÉGEL. — Cure radicale simultanée de l'appendicite et de la hernie inguinale (Gaz. des Hôp., 1905, p. 1540).

TOREK (Franz). — Combined Operation for the Removal of the appendix and the Cure of Right Inguinal Hernia (Annals of Surgery, mai 1906, p. 665).

VÉSIGNIÉ. — Contribution à l'étude des hernies de l'appendice et du cæcum. Thèse de Paris, 1903.

Nous ne donnons pas en détail les indications bibliographiques de l'appendicite herniaire. Nous n'avons retenu que les auteurs qui ont parlé de l'appendicite *chronique* et de la hernie.

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

